

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FARMACIA



TESIS DOCTORAL

**Aplicación del modelo EFQM para la mejora continua de la calidad en
un servicio de farmacia hospitalaria**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Elena Lallana Sáinz

Directoras

**Irene Iglesias Peinado
Ana Herranz Alonso**

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA



TESIS DOCTORAL

**APLICACIÓN DEL MODELO EFQM
PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

ELENA LALLANA SÁINZ

DIRECTORES:

Irene Iglesias Peinado

Ana Herranz Alonso

MADRID, 2017



**APLICACIÓN DEL MODELO EFQM
PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

Memoria que presenta Elena Lallana Sáinz
para aspirar al Grado de Doctor en Farmacia

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

Dra. Dña. Irene Iglesias Peinado

Dra. Dña. Ana Herranz Alonso

Elena Lallana Sáinz

Aspirante al Grado de Doctor



Dra. Irene Iglesias Peinado, Profesora Titular del Departamento de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid

Dra. Ana Herranz Alonso, Jefe de Sección del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

CERTIFICAN

Que el presente trabajo titulado: **“APLICACIÓN DEL MODELO EFQM PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA”** y llevado a cabo por la Licenciada en Farmacia **Dña. Elena Lallana Sáinz** ha sido realizado bajo nuestra dirección y asesoramiento.

Creemos que el mencionado trabajo reúne las características necesarias para ser defendido ante un tribunal para la obtención del grado de Doctor.

Y para que conste donde proceda, firmamos el presente certificado en Madrid, a 6 de abril de 2017.

Dra. Dña. Irene Iglesias Peinado

Dra. Dña. Ana Herranz Alonso

A mis padres

A Kike, Alicia, Pablo y Ana

Agradecimientos

A punto de finalizar este proyecto personal y profesional, siento un profundo agradecimiento por todas las personas que han tenido palabras de ánimo durante todo este tiempo. Éste no ha sido un trabajo individual, no habría llegado hasta aquí sin todos vosotros, que me habéis mostrado vuestro apoyo y me habéis dado la fuerza para llevar a cabo este proyecto.

En primer lugar, quiero agradecer a **María Sanjurjo** el haberme dado la gran oportunidad de formar parte del equipo del Servicio de Farmacia del Hospital Gregorio Marañón. Gracias por contar conmigo, por hacerme sentirme una más de la familia, por dejarme ir y recibirme de nuevo con los brazos abiertos, por esa puerta siempre abierta, de la Farmacia, y del despacho. Gracias por tu gran cercanía, eres admirable en lo personal y en lo profesional, excelente líder y mejor persona, capaz de sacar lo mejor de quienes tenemos la oportunidad de trabajar a tu lado. De verdad, muchas gracias por esta etapa en la que tanto he aprendido, y no sólo de Farmacia.

Gracias a **Ana Herranz**, por apostar por mí, por animarme a emprender este camino que tanto me ha hecho crecer personal y profesionalmente, por la gran oportunidad de realizar este proyecto. Admiro profundamente tu actitud innovadora y tu gran pasión por la Farmacia Hospitalaria. Me siento muy afortunada de haber podido contar contigo como directora de tesis. Gracias por el esfuerzo mostrado por estar disponible, por creer en mí y por transmitir una confianza e ilusión constante en este proyecto.

Gracias a **Irene Iglesias**, por haber aceptado la tutoría de esta tesis, por hacer las cosas fáciles, allanando siempre el camino. Gracias por tu tiempo y colaboración.

Gracias a **Camino Sarobe**, por tu dedicación, por toda la experiencia y sabiduría transmitidas. Por tu inestimable ayuda y disponibilidad, por todo el conocimiento que tan generosamente has compartido conmigo. Y, cómo no, por las risas del despacho y los cafés.

Gracias a **todo el personal del Servicio de Farmacia del Hospital Gregorio Marañón**, verdaderos protagonistas de este proyecto, excelentes profesionales y sobre todo, excelentes personas. Es un lujo haber trabajado y aprendido a vuestro lado, sois referencia de generosidad y de trabajo en equipo. Gracias a **Almudena**, por tu profesionalidad, por tu confianza, por tu ilusión contagiosa y por tu amistad; a **Carmen**, por abrirme las puertas de tu conocimiento y experiencia; a **Vicente**, por tus consejos metodológicos tan acertados; a **Belén**, por tus palabras de apoyo en los momentos complicados y de incertidumbre. Y gracias especiales a **Sara**, por compartir este viaje común que llega a su fin. Gracias a la vida que volvió a cruzar nuestros caminos tantos años después, y te convertiste, de alumna, en maestra. Gracias por tu confianza, tus consejos, y tu entusiasmo y optimismo tan contagiosos, que ayudan a que siempre parezca que no hay nada imposible. Gracias por ser ejemplo de vida.

Gracias a **mis compañeras del Hospital de Móstoles**, por la oportunidad de formarme como farmacéutica hospitalaria, por el tiempo compartido y los buenos momentos.

Gracias a mi nuevo equipo del Hospital Moncloa, por estar pendientes y cuidarme. Gracias a mis compañeras, amigas y hermanas, **Patricia, Esther y Mayte**. Por luchar por mí para hacerme un hueco y, sobre todo, por hacer el día a día tan maravilloso, a pesar de todo. Porque lo que más reconforta es estar juntas. Sois un regalo extraordinario. Gracias por todo el apoyo y facilidades en este proceso.

Gracias a **Teresa Gramage**, la persona que más cariño le ha puesto a mi tesis. Gracias por tus consejos y por tu interés. Gracias porque desde siempre fuiste la mejor coR, la que mejor me entiende y con la que sé, con certeza, que siempre podré contar.

Gracias a **todos mis amigos**, a los de siempre: gracias a **María**, a **Antonio**, a **Sara**, a **Marta**, a **Javi B**, a **David**, a **Laura**, a **Ricardo**, a **Álvaro**, a **Belén**, a **Clara**, a **Sergio**... a todos vosotros que me habéis apoyado en todo este proceso, y que me habéis mostrado tanto cariño y aliento. Gracias en especial a **Cris**, mi doctora personal de referencia en la vida, por tu preocupación constante y tus palabras siempre acertadas, por acompañarme y rescatarme cuando me he sentido perdida. Y a **Javi J**, siempre presente en todos mis triunfos, no sólo académicos. Gracias por salvarme con tus soluciones informáticas siempre a tiempo, gracias por tu paciencia y colaboración.

Gracias a mis padres, **Teresa y César**, por vuestro apoyo. De vosotros he aprendido el esfuerzo, el “no dejar las cosas a medias”, el que siempre hay tiempo para todo... Gracias por vuestra disponibilidad, por saber entender mis ausencias y mi mal humor, por vuestra dedicación y amor. Por ser ejemplo de superación y de fortaleza en las dificultades, por haberme inculcado el valor de la constancia en el trabajo.

Gracias a mis hermanos, **Teresa y Javi**, y también a **Alfonso**, porque sin vuestro apoyo el camino habría sido mucho más duro. Gracias por enseñarme a no conformarme, a exigirme, a cumplir los sueños por imposibles que parezcan. Sois un gran ejemplo e inmejorables compañeros de vida.

Gracias a la familia de Kike, **Emilia, Faustino y a mis cuñados**, por vuestra preocupación constante y por entender mis ausencias en tantos momentos.

Y, por supuesto, gracias a **Kike**. Esta tesis es tan tuya como mía. Gracias por tu confianza, por tu esfuerzo, tu entrega, por tu paciencia, por creer en mí. Gracias por tu amor incondicional, que se hace más fuerte cada día. Gracias por no quejarte nunca, por tu cordura y tu buen humor. Gracias por esperar siempre y por hacer que todo sea más fácil, en la tesis y en la vida.

Gracias a **Alicia**, a **Pablo** y a **Ana**, el mayor tesoro de mi vida, que con una simple sonrisa hacéis que todo siempre merezca la pena. Gracias por la ilusión y por la sencillez. Gracias por saber esperar, por las carreras por abrazarme por el pasillo cuando llego a casa y por quererme “hasta todos los países del mundo”. Gracias por preocuparos por mi tesis sin saber muy bien qué significa. Gracias por ayudarme a relativizar y enseñarme a (pre)ocuparme de lo que de verdad importa.

A todos, MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

RESUMEN	1
SUMMARY.....	7
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. HACIA DÓNDE VA EL MODELO SANITARIO ACTUAL	15
1.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO ACTUAL.....	15
1.1.2. LA COMPETITIVIDAD ENTRE HOSPITALES.....	17
1.1.3. EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS.....	18
1.1.4. FÓRMULAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO.....	19
1.2. LOS PRINCIPALES DESAFÍOS DE LA FARMACIA HOSPITALARIA DEL PRESENTE	24
1.2.1. EL SERVICIO DE FARMACIA: SU MISIÓN, VALOR Y ACTIVIDAD	24
1.2.2. LA FARMACIA HOSPITALARIA, SERVICIO CLAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA	26
1.3. LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE ORGANIZACIONES EXCELENTES.....	35
1.3.1. LA RUTA HACIA LA EXCELENCIA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD.....	35
1.3.2. HERRAMIENTAS DE APOYO A LA GESTIÓN Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES..	39
1.3.3. MODELOS DE CALIDAD Y EXCELENCIA EN LA GESTIÓN	45
1.4. HACIA DÓNDE VA EL MODELO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA.....	57
2. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	61
2.1. JUSTIFICACIÓN	63
2.2. HIPÓTESIS	63
2.3. OBJETIVOS	63
2.3.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	63
2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	65
3.1. ÁMBITO	67
3.1.1. EL HOSPITAL.....	67
3.1.2. EL SERVICIO DE FARMACIA.....	68
3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	71
3.3. METODOLOGÍA: ETAPAS DEL ESTUDIO	71
3.3.1. FASE PRE-INTERVENCIÓN	71

3.3.2. FASE INTERVENCIÓN: IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA	73
3.3.3. FASE POST-INTERVENCIÓN: SEGUIMIENTO Y VALIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA	77
3.4. DURACIÓN Y CRONOGRAMA	82
3.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y SU MEDIDA.....	84
3.5.1. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD	84
3.5.2. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD	85
3.5.3. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA	85
3.5.4. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA Y RENTABILIDAD DEL SERVIVIO DE FARMACIA.....	86
3.5.5. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE CLIENTES.....	86
3.5.6. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE PERSONAS.....	87
3.5.7. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL IMPACTO SOCIAL.....	88
3.6. EXPLOTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	91
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	92
4. RESULTADOS.....	93
4.1. FASE PRE-INTERVENCIÓN.....	95
4.1.1. ANÁLISIS PRE-IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SERVICIO DE FARMACIA.....	95
4.2. FASE INTERVENCIÓN: IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA...	100
4.2.1. EVALUACIÓN DEL SGC PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA (2009):.....	100
4.2.2. IMPLANTACIÓN <i>PLAN DE MEJORA 300+</i> : ANÁLISIS DE MEJORAS DETECTADAS EN EVALUACIÓN PRE-EFQM (2009) Y MEJORAS INTRODUCIDAS (2009-2010)	101
4.2.3. EVALUACIÓN <i>PLAN DE MEJORA 300+</i> (2010)	144
4.3. FASE POST-INTERVENCIÓN: SEGUIMIENTO Y VALIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA	149
4.3.1. ANÁLISIS POST ₁ -IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SF Y COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS BASALES.....	149
4.3.2. IMPLANTACIÓN <i>PLAN DE MEJORA 400+</i> : ANÁLISIS DE MEJORAS DETECTADAS EN EVALUACIÓN SGC 300+ (2010) Y MEJORAS INTRODUCIDAS (2010-2013)	158

4.3.3. EVALUACIÓN <i>PLAN DE MEJORA 400+</i> (2013)	194
4.3.4. ANÁLISIS POST ₂ -IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SERVICIO DE FARMACIA Y COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS PREVIOS	197
4.3.5. IMPLANTACIÓN <i>PLAN DE MEJORA 500+</i> : ANÁLISIS DE MEJORAS DETECTADAS EN EVALUACIÓN SGC 400+ (2013) Y MEJORAS INTRODUCIDAS (2013-2015)	209
4.3.6. ANÁLISIS POST ₃ -IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SERVICIO DE FARMACIA Y COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS PREVIOS	227
5. DISCUSIÓN	239
5.1. IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA	241
5.1.1. ELECCIÓN DEL MODELO EFQM COMO MODELO DE CALIDAD	241
5.1.2. FACILIDADES Y DIFICULTADES ENCONTRADAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN.....	242
5.1.3. PLANES DE MEJORA: ACCIONES DE MEJORA INTRODUCIDAS.....	244
5.2. VALIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA.....	250
5.2.1. EVALUACIONES EFQM: AUTOEVALUACIONES Y EVALUACIONES EXTERNAS	250
5.2.2. INDICADORES CLAVE	251
5.3. CONSOLIDACIÓN DEL MODELO EFQM COMO HERRAMIENTA ÚTIL	264
5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	268
6. CONCLUSIONES	271
7. ANEXOS	275
8. BIBLIOGRAFÍA	293

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial	20
Tabla 2. Dimensiones de la calidad asistencial.....	20
Tabla 3. Cartera de servicios de los Servicios de Farmacia Hospitalaria	25
Tabla 4. Valor URV definido para las actividades de un SF	28
Tabla 5. Índice ISMP-España: elementos clave	30
Tabla 6. Indicadores del Índice Sintético (año 2014).....	32
Tabla 7. Diferencias entre el control de calidad y la gestión de calidad.....	38
Tabla 8. Diferencias entre la gestión por funciones y la gestión por procesos	40
Tabla 9. Funciones evaluadas con el modelo Joint Commission (estándares internacionales)..	49
Tabla 10. Modelo EFQM: conceptos fundamentales de la excelencia (actualización 2010)	52

Tabla 11. Elementos y atributos del esquema lógico de REDER	55
Tabla 12. Procesos de los SF a los que se aplican los requisitos de la Norma de Calidad del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.....	58
Tabla 13. Indicadores de actividad asistencial del HGUGM.....	67
Tabla 14. Personal del SF del HGUGM (año 2009).	68
Tabla 15. Estrategia del SF (año 2009).....	69
Tabla 16. Modelo EFQM: ponderación para cada criterio (actualización 2003)	74
Tabla 17. Modelo EFQM: ponderación para cada criterio (actualización 2010).....	80
Tabla 18. Indicadores y fuentes de información empleadas	89
Tabla 19. Resultados de indicadores clave: fase pre-implantación del modelo EFQM (hasta 2009)	96
Tabla 20. Plan de Mejora 300+ a partir del análisis del SGC previo a la implantación del modelo EFQM de gestión de la excelencia (autoevaluación 2009).....	101
Tabla 21. Modelo de comunicación interna en el SF: fase Plan de Mejora 300+	108
Tabla 22. Herramientas clave de gestión para el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia: fase Plan de Mejora 300+.	109
Tabla 23. Relación de proyectos de cambio realizados: fase Plan de Mejora 300+.....	111
Tabla 24. Implicación de los líderes con los grupos de interés del SF: fase Plan de Mejora 300+.	113
Tabla 25. Identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés: fase Plan de Mejora 300+.	115
Tabla 26. Información de la actividad y el rendimiento: cuadros de mando e indicadores: fase Plan de Mejora 300+.	116
Tabla 27. Fuentes de información para la planificación estratégica: fase Plan de Mejora 300+.	118
Tabla 28. Cartera de servicios del SF del HGUGM: fase Plan de Mejora 300+.....	120
Tabla 29. Estructura de factores y dimensiones de la encuesta de personal	121
Tabla 30. Elementos del sistema de comunicación interna: fase Plan de Mejora 300+.	122
Tabla 31. Plan de Desarrollo Profesional: fase Plan de Mejora 300+.....	124
Tabla 32. Elementos de participación y empowerment del personal en el SF: fase Plan de Mejora 300+.	125
Tabla 33. Características de la colaboración con las alianzas externas: fase Plan de Mejora 300+.	129
Tabla 34. Estrategias del SF apoyadas por las alianzas y recursos: fase Plan de Mejora 300+.	130

Tabla 35. Actividades de gestión económica del gasto farmacéutico: fase Plan de Mejora 300+.	132
Tabla 36. Líneas de mejora y proyectos en desarrollo gestionados por iPharma: fase Plan de Mejora 300+.	136
Tabla 37. Tipos de procesos incluidos en el mapa de procesos del SF: fase Plan de Mejora 300+.	138
Tabla 38. Elementos de identificación de oportunidades de mejora en los procesos: fase Plan de Mejora 300+.	139
Tabla 39. Relación de los clientes con los procesos: fase Plan de Mejora 300+.	141
Tabla 40. Plan de trabajo para la elaboración de la Memoria EFQM: fase Plan de Mejora 300+.	146
Tabla 41. Esquema de redacción de la Memoria EFQM: fase Plan de Mejora 300+.	148
Tabla 42. Resultados de indicadores clave: fase post ₁ -implantación del modelo EFQM (hasta 2010).	150
Tabla 43. Plan de Mejora 400+ a partir del análisis del SGC del Plan 300+ (autoevaluación y evaluación externa 2010).	159
Tabla 44. Perfiles de los líderes: fase Plan de Mejora 400+.	164
Tabla 45. Objetivos fundamentales, factores clave de éxito y estrategias clave: fase Plan de Mejora 400+.	168
Tabla 46. Indicadores clave y complementarios del Cuadro de Mando Integral: fase Plan de Mejora 400+.	169
Tabla 47. Voces de accionistas (año 2012).	172
Tabla 48. Análisis DAFO del Servicio de Farmacia (año 2012).	174
Tabla 49. Plan Estratégico 2012-2015 del SF.	179
Tabla 50. Plan Anual 2012 del SF. Objetivo "Satisfacción clientes y usuarios".	181
Tabla 51. Recursos y activos principales del SF: fase Plan de Mejora 400+.	185
Tabla 52. Objetivos fundamentales apoyados por las alianzas y recursos: fase Plan de Mejora 400+.	186
Tabla 53. Procedimiento para la gestión de las alianzas externas: fase Plan de Mejora 400+.	187
Tabla 54. Líneas de investigación de iPharma en desarrollo: fase Plan de Mejora 400+.	189
Tabla 55. Resultados de indicadores clave: fase post ₂ -implantación del modelo EFQM (hasta 2013).	198
Tabla 56. Plan de mejora 500+ a partir del análisis SGC del Plan 400+ (autoevaluación y evaluación externa 2013).	209
Tabla 57. Modelo de liderazgo del SF: fase Plan de Mejora 500+.	213

Tabla 58. Mecanismos de información de gestión: fase Plan de Mejora 500+.....	216
Tabla 59. Plan de mejora de gestión de personas: fase Plan de Mejora 500+	219
Tabla 60. Plan Estratégico iPharma 2015-2020: procesos clave	222
Tabla 61. Indicadores de rendimiento de investigación e innovación: fase Plan de Mejora 500+	223
Tabla 62. Ficha de proceso: Docencia farmacéutico no residente (año 2014)	225
Tabla 63. Resultados de indicadores clave: fase post ₃ -implantación del modelo EFQM (hasta 2015).	228

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución histórica del concepto de calidad.....	36
Figura 2. Herramientas de apoyo a la gestión y mejora de organizaciones basadas en la gestión de riesgos	41
Figura 3. Misión, Visión y Valores de una organización.....	42
Figura 4. Metodología de la herramienta Quality Function Deployment.....	42
Figura 5. Criterios en los que se basa el modelo Malcolm Baldrige	51
Figura 6. Modelo EFQM: conceptos fundamentales de la excelencia (actualización 2010)	53
Figura 7. Criterios del modelo EFQM (actualización 2010)	54
Figura 8. Modelo EFQM: esquema lógico de REDER	55
Figura 9. Fases del proyecto.....	71
Figura 10. Herramienta Perfil versión 4.0 (ejemplo criterio 8)	75
Figura 11. Sistema cíclico de mejora continua basado en el modelo EFQM	78
Figura 12. Herramienta Perfil versión 6.0 (ejemplo criterio 1)	80
Figura 13. Cronograma de trabajo.....	83
Figura 14. Valores definidos para el SF: fase Plan de Mejora 300+.....	107
Figura 15. Mapa de procesos del SF: fase Plan de Mejora 300+	137
Figura 16. Objetivos fundamentales y factores clave de éxito	169
Figura 17. Organigrama del SF: fase Plan de Mejora 400+	182
Figura 18. Mapa de procesos del SF: fase Plan de Mejora 400+	191
Figura 19. Organigrama del SF: fase Plan de Mejora 500+	217
Figura 20. Líneas de investigación e innovación iPharma 2015-2020	222

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Autoevaluación 2009: puntuación por criterios.....	100
Gráfico 2. Autoevaluación 2009: puntuación obtenida respecto a puntuación máxima EFQM.	101
Gráfico 3. Puntuaciones de las autoevaluaciones 2009 y 2010.	145
Gráfico 4. Autoevaluación 2010: puntuación obtenida respecto a puntuación máxima EFQM.	145
Gráfico 5. Evaluación externa 2010: puntuación por criterios.....	149
Gráfico 6. Autoevaluaciones 2009, 2010 y 2013: puntuaciones obtenidas.....	195
Gráfico 7. Autoevaluación 2013: puntuación obtenida respecto a puntuación máxima EFQM.	195
Gráfico 8. Evaluaciones externas 2010 y 2013: puntuación por criterios	197
Gráfico 9. Índice de elección FIR en la Comunidad de Madrid	264

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Proyecto 2020 de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.....	277
Anexo II. Indicadores Contrato Gestión 2009 para Servicios de Farmacia Hospitalaria.....	279
Anexo III. Criterios y subcriterios del modelo EFQM (actualización 2010).....	283
Anexo IV. Modelo EFQM de excelencia: integración entre los conceptos y la estructura del modelo	287
Anexo V. Modelo EFQM de excelencia: matriz REDER de Agentes Facilitadores	289
Anexo VI. Modelo EFQM de excelencia: matriz REDER de Resultados	291

ABREVIATURAS

CD: Comité de Dirección

CEG: Club Excelencia en Gestión

CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica

CIPA: Comisión de Infecciones y Política Antibiótica

CMI: Cuadro de Mando Integral

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades

EFQM: European Foundation for Quality Management

FCE: Factores Clave de Éxito

FH: Farmacia Hospitalaria

GFT: Guía Farmacoterapéutica

GI: Grupos de Interés

HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

IS: Índice de Satisfacción

ISMP: Institute for Safe Medication Practices

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MVV: Misión, Visión y Valores

PAS: Programa de Asistencia Sanitaria

PE: Paciente Externo

PRM: problema relacionado con la medicación

RNM: resultado negativo asociado a la medicación

SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SF: Servicio de Farmacia

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad

SNS: Sistema Nacional de Salud

UA: Unidades Asistenciales

URV: Unidades Relativas de Valor

RESUMEN

APLICACIÓN DEL MODELO EFQM PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

El modelo sanitario español necesita seguir avanzando hacia un sistema público de calidad y hacerlo sostenible en el tiempo. La cronificación de las enfermedades, la mayor exigencia por parte de los destinatarios de los servicios y la actual situación económica, con una disponibilidad de recursos cada vez más limitada, han motivado la aplicación de herramientas sistemáticas en los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) de los servicios sanitarios, con el objetivo de alcanzar una mejora continua de la calidad y una mayor eficiencia del sistema sanitario, al tiempo que permitan mejorar sus resultados.

Existen numerosas herramientas de apoyo a la gestión y mejora de las organizaciones y modelos certificados de calidad que otorgan un reconocimiento a los SGC. Asimismo, el desarrollo de la calidad total ha dado lugar a la aparición de modelos de excelencia en la gestión. Entre ellos, destaca el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM), instrumento práctico basado en la autoevaluación del SGC, con la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora, y caracterizado por la implicación de las personas y la gestión de los procesos orientados al cliente. El modelo se materializa en la integración de 3 componentes para la puesta en marcha de planes de acción: (i) los 8 conceptos fundamentales de la excelencia ; (ii) el modelo multidimensional basado en 9 criterios: 5 agentes facilitadores (liderazgo; política y estrategia; personas; alianzas y recursos; procesos) y 4 criterios resultado (resultados en los clientes, en las personas, en la sociedad y resultados clave); y (iii) el esquema lógico REDER: resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión.

Ante el escenario descrito en el que está inmerso el sistema sanitario, los Servicios de Farmacia (SF) de los hospitales se consideran clave para garantizar los criterios de calidad exigibles por la situación actual. El principal desafío de los mismos es asegurar una respuesta eficaz para alcanzar y sostener en el tiempo resultados excelentes para todos sus grupos de interés, teniendo en cuenta criterios de coste, de calidad de los servicios prestados y de satisfacción de pacientes y profesionales. Esto supone un cambio de enfoque de los SF, introduciendo herramientas de gestión empresarial y orientando su SGC hacia la calidad total y la excelencia.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Implantar y validar los principios y metodología de un modelo de gestión de la excelencia para la mejora continua de la calidad en el sistema de gestión de un SF, con el fin de obtener un mejor aprovechamiento de los recursos, una mayor seguridad en la asistencia prestada al paciente y una mayor satisfacción de los trabajadores y clientes del SF.

Objetivos específicos

1. Estructurar las iniciativas de mejora llevadas a cabo previamente en el SF, integradas en un SGC basado en la certificación según la Norma ISO 9001:2000, en un sistema organizado de mejora continua de la calidad, basado en el modelo de excelencia EFQM.
2. Establecer planes de mejora en las áreas de mejora detectadas a partir de las evaluaciones interna y externa realizadas.
3. Motivar a los profesionales del SF en la cultura de la calidad total y la mejora continua para una mayor satisfacción e implicación.
4. Disponer de un sistema objetivo de evaluación de resultados a través de indicadores clave de gestión de la calidad del SF.
5. Aumentar el nivel científico-técnico del SF, en términos de difusión y desarrollo del conocimiento generado.
6. Adoptar el modelo EFQM como modelo de gestión en un SF, modelo con limitada experiencia en el ámbito concreto de la Farmacia Hospitalaria.

MATERIAL Y METODO

Ámbito: SF del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (España). El SF cuenta desde el año 2004 con un área específica para la gestión de la calidad. Gracias a ella, se estableció un SGC acorde con las normas ISO 9001 (desde el año 2005) e ISO 14001 (desde el año 2008). Con objeto de avanzar en la mejora continua, en 2009 se decidió implantar el modelo de excelencia EFQM en el SGC del SF.

Diseño: estudio de intervención cuasiexperimental ambispectivo con evaluación pre-post. Se comparó el SGC del SF en la fase previa a la implantación del modelo de gestión de la excelencia con respecto a la fase posterior, mediante la evaluación del impacto de los resultados de indicadores clave relacionados con el SGC en diferentes cortes transversales correspondientes a la implantación de diferentes planes de mejora.

Periodo de estudio: julio 2009 – diciembre 2015.

Metodología: el proyecto se desarrolló en 3 fases:

1. Fase pre-intervención, que incluyó las etapas de: (i) asesoramiento externo; (ii) creación del equipo evaluador; (iii) formación al personal; (iv) selección de indicadores (relacionados con la gestión de la actividad, seguridad, eficiencia de la farmacoterapia, eficiencia y rentabilidad del SF, clientes, personas e impacto social); (v) análisis de indicadores (fase pre).
2. Fase intervención (implantación del modelo EFQM), que incluyó las etapas de: (i) evaluación del SGC pre-EFQM (autoevaluación); (ii) *Plan de Mejora 300+* (implantación y autoevaluación/evaluación externa). Finalizó con la obtención del Sello EFQM 300+.
3. Fase post-intervención (seguimiento y validación del modelo EFQM), que incluyó las etapas de: (i) análisis de indicadores (fase post₁); (ii) *Plan de Mejora 400+* (implantación y autoevaluación/evaluación externa); (iii) análisis de indicadores (fase post₂); (iv) *Plan de Mejora 500+* (implantación); (v) análisis de indicadores (fase post₃).

RESULTADOS

El resultado principal fue la implantación de un SGC basado en los principios del modelo EFQM, que sirvió como marco estructural para la evaluación periódica y la implantación de planes de mejora.

Evaluación del SGC: se realizaron evaluaciones objetivas de la situación del SF en cuanto a su SGC. Se realizó además una Memoria del SF actualizada para cada fase que refleja el alcance del SGC para cada uno de los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

- *Autoevaluaciones:* las puntuaciones obtenidas en las 3 autoevaluaciones realizadas fueron: 374 puntos (pre-EFQM), 376 puntos (Plan 300+) y 462 puntos (Plan 400+). Se identificaron puntos fuertes y áreas de mejora del SGC del SF conforme a los criterios del modelo.
- *Evaluaciones externas:* el equipo evaluador externo concedió el Sello EFQM 300+ en diciembre 2010; y el Sello EFQM 400+ en julio de 2013. Asimismo identificó, para cada una de las evaluaciones realizadas, los puntos fuertes y áreas de mejora del SGC del SF.

Implantación de planes de mejora: a partir de la información obtenida de las evaluaciones, se planificaron e introdujeron acciones de mejora para cada agente facilitador del modelo EFQM en cada uno de los Planes de Mejora implantados (Plan 300+, Plan 400+ y Plan 500+). Se destacan las más significativas:

- *Liderazgo*: nuevo modelo de liderazgo en el que se identificaron los líderes y perfiles de los mismos; mecanismos de interrelación con los grupos de interés; nuevo plan de comunicación interna; nuevo proceso de gestión del cambio.
- *Política y estrategia*: sólido proceso de planificación centrado en sus grupos de interés; establecimiento de sucesivos ciclos estratégicos; orientación basada en objetivos fundamentales y factores clave de éxito; análisis interno y externo para el desarrollo de la estrategia y planes anuales; medición de resultados a través del Cuadro de Mando Integral.
- *Personas*: capacitación del personal en base a un sistema estructurado de formación y gestión del conocimiento efectivo; alta motivación y reconocimiento al personal y delegación de responsabilidades y *empowerment* por parte de los líderes.
- *Alianzas y recursos*: gestión de la innovación y la tecnología en fármacos, equipamientos y sistemas de información; gestión de alianzas y colaboraciones, incluidos los proveedores de medicamentos; sistema estructurado, a través la plataforma de *iPharma*, de la gestión de la investigación, innovación y difusión del conocimiento, coordinado con la gestión de la imagen y el prestigio.
- *Procesos*: gestión de clientes para el uso del medicamento; actualización e innovación de los productos y servicios; implantación de fichas de control de procesos; gestión operativa de áreas; organización de los farmacéuticos por áreas de conocimiento.

Análisis de indicadores clave

- *Actividad*: incremento del 48,97% en la actividad total y de todas las áreas de actividad, medida en Unidades Relativas de Valor (URV) (gestión: 23,13%; dispensación: 35,02%; elaboración: 59,94%; atención farmacéutica: 176,38%; monitorización terapéutica: 651,86%; investigación: 245,75%)
- *Seguridad*: alto valor del indicador del *Institute for Safe Medication Practices* (77,51%); aumento de los problemas relacionados con la medicación detectados clínicamente relevantes (de 19 a 88); incremento del % de resultados negativos de la medicación evitados (de 34% a 80%); menor tasa de errores en la preparación de pedidos (de 2,69 a 2,50); mayor tasa de errores en la reposición de *Pyxis* (de 0,92 a 2,50) y en la dispensación a pacientes externos (de 0,023 a 0,025).
- *Eficiencia de la farmacoterapia*: aumento del 112% del ahorro total generado por mejoras en el uso del medicamento y por la gestión con proveedores hasta más de 27 millones de euros anuales, situando al SF entre los 3 hospitales más eficientes del Servicio Madrileño de Salud.
- *Eficiencia y rentabilidad del SF*: reducción de los costes de los procesos productivos de 0,93€/URV a 0,52€/URV, y mayor rentabilidad del SF, de 3,36€ a 6,33€.

- *Clientes*: aumento de la satisfacción global de clientes (puntuación sobre 10): de 7,32 a 8,71 para pacientes externos, de 7,42 a 8,22 para facultativos y de 6,08 a 6,79 para personal de enfermería; aumento del tiempo de espera del paciente externo (de 7,21 a 18,56 minutos); aumento del índice de rotura de stock (de 1,32 a 1,92); aumento del índice de aceptación de la intervención farmacéutica (del 81,1% al 91,6%) y del impacto de la misma (del 78% al 88,1%).
- *Personas*: elevada satisfacción personal del SF con todos los aspectos evaluados: global (8,82), organización del trabajo (7,4), información/comunicación (7,74), formación/desarrollo profesional (7,82), *empowerment* (8,20), estilo de Dirección (8,58), reconocimiento (7,84), recompensa (6,62); reducción del índice de absentismo (del 8,65% al 4,64%); aumento del número de sesiones clínicas del SF (de 38 a 81), de asistencia a congresos/foros del sector (de 18 a 22); de participación en comisiones y grupos de trabajo (de 31 a 35) y participación con ponencias en foros/cursos del sector (de 13 a 46).
- *Impacto social*: aumento del número de proyectos de investigación (de 5 a 36), de ensayos clínicos (de 209 a 366), de publicaciones en revistas científicas (de 18 a 26) y del factor de impacto de las mismas (de 12,3 a 38,1); aumento del índice de la *Guía de Evaluación y Mejora* (de 77,3 a 85,1); aumento del número de organizaciones que visitan el SF (de 18 a 26) y del número de congresos en los que se presentan comunicaciones (de 8 a 15); aumento de la satisfacción de monitores (de 8,8 a 9,48) e investigadores de ensayos clínicos (de 8,57 a 9,19).

CONCLUSIÓN

Este proyecto ha implantado y validado el modelo EFQM de excelencia en un SF, que ha demostrado mejorar el sistema de gestión del mismo, aumentando la actividad, eficiencia y rentabilidad del SF, mejorando la seguridad del paciente y la satisfacción de trabajadores y clientes, y aumentando el nivel científico-técnico del SF, con una mayor difusión y desarrollo del conocimiento. El modelo ofrece una metodología integral para la evaluación, análisis de los procesos e implementación de acciones de mejora a través de una herramienta sistemática que garantiza la mejora continua de la calidad.

SUMMARY

APPLICATION OF THE EFQM MODEL FOR THE CONTINUOUS IMPROVEMENT OF QUALITY IN A HOSPITAL PHARMACY DEPARTMENT

INTRODUCTION

The Spanish health care model needs to continue to advance towards a quality public system and make it sustainable over time. The chronification of diseases, the greater demand on the part of the recipients of the services and the current economic situation, with an increasingly limited availability of resources, have motivated the application of systematic tools in the quality management systems (QMS) of health services with the aim of achieving a continuous improvement of the quality and greater efficiency of the health system, while allowing to improve its results.

There are many tools to support the management and improvement of the organizations and certified Models of Quality that give recognition to QMS. Furthermore, the development of the total quality management has led to the emergence of models of Excellence in management. Among them, the Model of the European Foundation for Quality Management (EFQM) is a practical instrument based on the self-assessment of the QMS, with the identification of strengths and areas for improvement, and characterized by the involvement of people and the management of customer-oriented processes. The EFQM Model is materialized in the integration of 3 components for the implementation of action plans: (i) 8 fundamental concepts of excellence; (ii) the multidimensional model based on 9 criteria: 5 enablers (leadership; policy and strategy, people; partnerships and resources; processes) and 4 outcome criteria (customer results; people results, society results and business results); and (iii) the RADAR logic scheme: results, approaches, deployment, assessment and refinement.

Given the scenario described in which the health system is immersed, the Pharmacy Departments (PD) of hospitals are considered key to guarantee the quality criteria required by the current situation. Their main challenge is to ensure an effective response to achieve and maintain over time excellent results for all stakeholders, taking into account criteria of cost and quality of the services provided and satisfaction of patients and professionals. This implies a shift in the PD focus, introducing business management tools and orienting their QMS toward total quality management and Excellence.

OBJECTIVES

Main objective: To implement and validate the principles and methodology of a model of excellent management to the continuous improvement in a QMS of a PD with the aim of obtaining a better use of resources, a major safety in the assistance provided to the patient and greater satisfaction of PD professionals and customers.

Specific objectives

1. To structure improvement initiatives carried out previously in the PD, integrated in a QMS based on the certification according to UNE-EN-ISO 9001:2000, in an organised system for continuous improvement of quality, based on the EFQM Excellence Model.
2. To establish improvement plans in the areas for improvement identified from internal and external evaluations.
3. To motivate the PD professionals in the culture of total quality management and continuous improvement for greater satisfaction and involvement.
4. To have an objective system of results evaluation through key indicators of quality management of the PD.
5. To increase the scientific and technical level of the PD in terms of dissemination and development of the generated knowledge.
6. To adopt the EFQM Model as a model of management of a PD, model with limited experience in the specific field of the Hospital Pharmacy.

METHODS

Setting: PD of Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (Spain). The PD has since 2004 a specific area for quality management. Thanks to that, a QMS according to the UNE-ISO 9001 (since 2005) and UNE-ISO 14001 (since 2008) was established. In order to advance in continuous improvement, in 2009 it was decided to implement the EFQM Excellence Model in the PD QMS.

Design: A comparative, interventional, quasi-experimental, ambispective, pre-post designed study was conducted. The PD QMS in the phase prior to the implementation of Excellence Model was compared with respect to the subsequent phase, through the assessment of the impact of the results of key indicators related to the QMS in different cross cuts corresponding to the implementation of different improvement plans.

Study period: July 2009 – December 2015

Methodology: the project was developed in 3 phases:

1. Pre-intervention phase, which included the following stages: (i) external advice; (ii) creation of the evaluation team; (iii) personnel training; (iv) selection of indicators (related to management of activity, safety, pharmacotherapy efficiency, PD efficiency and profitability, PD customers, PD professionals and social impact); (v) analysis of indicators (pre).
2. Intervention phase (EFQM Model implementation), which included the following stages: (i) assessment of the QMS pre-EFQM (self-evaluation); (ii) *Improvement Plan 300+* (deployment and self-assessment/external evaluation). It ended with the obtaining of EFQM Seal 300+.
3. Post-intervention phase (EFQM Model monitoring and validation), which included the following stages: (i) analysis of indicators (post₁); (ii) *Improvement Plan 400+* (deployment and self-assessment/external evaluation); (iii) analysis of indicators (post₂); (iv) *Improvement Plan 500+* (implementation); (v) analysis of indicators (post₃).

RESULTS

The main outcome was the implementation of a QMS based on EFQM Model principles, which served as a structural framework for periodic assessments and the implementation of improvement plans.

QMS evaluation: objective assessments of the PD situation with regard to its QMS were conducted. A PD memory was also carried out, updated for each phase that reflects the scope of PD QMS for each of the criteria and subcriteria of EFQM Model.

- *Self-assessments*: scores obtained in the 3 self-assessments carried out were: 374 points (pre-EFQM), 376 points (Plan 300+) and 462 points (Plan 400+). Strengths and areas of improvement of the PD QMS of SF according to Model criteria were identified.
- *External evaluations*: the external evaluation team awarded the EFQM Seal 300+ in December 2010; and the EFQM Seal 400+ in July 2013. Strengths and areas of improvement of the PD QMS, for each of the assessments carried out, were identified.

Implementation of improvement plans: on the basis of the information obtained from the assessments, improvement actions were planned and introduced for each enabler of EFQM Model in each implanted Improvement Plan (Plan 300+, Plan 400+ and Plan 500+). The most significant were:

- *Leadership*: new leadership model (identification of PD leaders and profiles thereof); mechanisms for interaction with stakeholders; new internal communication plan; new process of change management.
- *Policy and strategy*: solid planning process focused on stakeholders; establishment of successive strategic cycles; guidance based on fundamental objectives and key factors for success; analysis of the environment and internal situation for the development of the strategy and annual plans; measurement of results through the balanced scorecard of key indicators.
- *People*: structured system of staff training and knowledge management; high motivation and recognition of staff, delegation of responsibilities and empowerment on the part of leaders.
- *Partnerships and resources*: management of innovation and technology in drugs, equipment and information systems; management of partnerships and collaborations, including medicines providers; platform *iPharma*: structured system for the management of research, innovation and knowledge dissemination, coordinated with the management of the image and prestige.
- *Processes*: customer management for medication use; updating and innovation of products and services; implementation of process control card; operational management of areas; pharmacists' organization by areas of knowledge.

Análisis of key indicators

- *Activity*: 48.97% increase in total activity and all the PD activity areas, measured in Relative Value Units (RVU) (management: 23.13%; dispensing: 35.02%; elaboration: 59.94%; pharmaceutical care: 176.38%; therapeutic monitoring: 651.86%; research: 245.75%)
- *Safety*: high value of the *Institute for Safe Medication Practices* indicator (77.51%); increase in the number of medication-related problems detected clinically relevant (19 to 88); increase in the number of negative medication-associated outcomes avoided (34% to 80%); reduction in the rate of errors in the preparation of medication orders (2.69 to 2.50); higher rate of errors in the *Pyxis* refitting (0.92 to 2.50) and in dispensing to outpatients (0.023 to 0.025).
- *Pharmacotherapy efficiency*: 112% increase in the total savings generated by improvements in the use of the drug and by management with suppliers, to more than 27 million euros per year, placing PD among the 3 most efficient hospitals of the Public Health Service of Madrid.
- *PD efficiency and profitability*: reduction in the costs of production processes from €0.93/RVU to €0.52/URV, and increase in the PD profitability from €3.36 to €6.33.
- *PD customers*: increased overall customer satisfaction: outpatients (from 7.32 to 8.71), clinicians (from 7.42 to 8.22) and nursing staff (from 6.08 to 6.79); increase in the waiting time of outpatients (7.21 to 18.56 minutes); increase in the stock break rate (from 1.32 to 1.92);

increase in the acceptance rate of pharmaceutical intervention (from 81.1% to 91.6%) and in the impact of pharmaceutical intervention (from 78% to 88.1%).

- *PD professionals*: high PD staff satisfaction with all the evaluated aspects: global (8.82), work organization (7.4), information/communication (7.74), training/professional development (7.82), empowerment (8.20), leadership style (8.58), recognition (7.84), reward (6.62); reduction in the rate of absenteeism (from 8.65% to 4.64%); increase in the number of clinical sessions (from 38 to 81), attendance at congresses/forums (from 18 to 22); participation in committees and working groups (from 31 to 35) and participation with presentations in forums/courses (from 13 to 46).

- *Social impact*: increase in the number of research projects (from 5 to 36), clinical trials (from 209 to 366), publications in scientific journals (from 18 to 26) and their impact factor (from 12.3 to 38.1); increase in the Assessment and Improvement Guide Index (from 77.3 to 85.1); increase in the number of organizations that visit the PD (from 18 to 26) and the number of congresses with submitted communications (from 8 to 15); increase in the satisfaction of monitors (from 8.8 to 9.48) and researchers of clinical trials (8.57 to 9.19).

CONCLUSION

The project has implemented and validated the EFQM Excellence Model in a PD, which has been shown to improve its management system, by increasing the activity, efficiency and profitability of the SF, improving patient safety and workers' and customers' satisfaction, and increasing the scientific and technical level of the PD with greater diffusion and development of knowledge. The Model offers a comprehensive methodology for the evaluation and analysis of processes and the implementation of improvement actions through a systematic tool that ensures the continuous improvement of quality.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. HACIA DÓNDE VA EL MODELO SANITARIO ACTUAL

1.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO ACTUAL

En España, el acceso a unos servicios sanitarios públicos, universales y gratuitos en el momento de la prestación proporciona grandes beneficios al conjunto de la sociedad y convierte al Sistema Nacional de Salud (SNS) en instrumento de equidad y cohesión social. La calidad y seguridad de la atención sanitaria en nuestro país han contribuido, por otra parte, a la progresiva mejora de todos los indicadores de salud situando al sistema sanitario español entre los mejores del mundo¹. En el contexto de la Unión Europea, la situación de España es destacable en términos de esperanza de vida y de resultados clínicos. El estado de salud percibido por los españoles es, en general, positivo y muestra un valor intermedio en el contexto europeo².

Sin embargo, el modelo sanitario español necesita cambios fundamentales para seguir avanzando hacia un sistema público de calidad y hacerlo sostenible en el tiempo. Estos cambios vienen motivados, principalmente, por el cambio en el tipo de paciente usuario de los servicios sanitarios y la disponibilidad de unos recursos cada vez más limitados.

1.1.1.1. Cambio en el tipo de paciente usuario de los servicios sanitarios

En los últimos años como consecuencia del envejecimiento de la población se ha incrementado la demanda de servicios asistenciales. La casuística de los pacientes mayores de 65 años presenta unas características asociadas a mayor complejidad, severidad y comorbilidades que suponen una mayor necesidad de cuidados y, por tanto, frecuenta más los servicios sanitarios. Los hospitales y el conjunto de los sistemas de salud deberían diseñar estrategias específicas para afrontar el rápido y progresivo incremento del envejecimiento de los pacientes, en la medida que suponen también, un cambio relevante del perfil de la atención necesaria³. Se incrementa también la demanda de servicios asistenciales como consecuencia de la aparición de nuevas patologías relacionadas con nuevos estilos de vida o la cronificación de muchas patologías como resultado de las nuevas técnicas de tratamiento.

Por otra parte, el cambio de estilo de vida y el mayor nivel de formación de la población han originado una mayor exigencia en la calidad de los servicios prestados⁴. Al ampliarse el conocimiento y aumentar la cultura es lógico que la demanda sea más exigente y reclame productos y servicios que trasciendan las necesidades básicas, y se dirija hacia bienes que requieren una elaboración más diversificada y, en el caso de los servicios, más personalizada.

1.1.1.2. Complicada sostenibilidad financiera a largo plazo

Entre 1999 y 2009, el gasto sanitario público por persona creció en España algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB. En ese periodo de tiempo, el gasto sanitario público, descontando el efecto de la inflación, también creció de forma muy rápida en la mayoría de los países de la UE, en todos ellos a un ritmo superior al PIB. Sin embargo, sólo Irlanda, Finlandia y Reino Unido crecieron a un ritmo claramente superior al español⁵.

Ante esta situación de crecimiento del gasto sanitario y en un contexto de crisis económica, en España se han aplicado una serie de reformas de política social, tanto desde el gobierno central como desde las Comunidades Autónomas, que han permitido contener el crecimiento del gasto desde el año 2009, pasando de 70.000 millones de euros a 65.000 millones en el año 2012⁶.

Sin embargo, estas reformas a corto plazo, que se han puesto en marcha para cumplir con la estabilidad presupuestaria y los compromisos fijados, no pueden ser la única política sanitaria; es necesario configurar cambios en profundidad a medio plazo. Entre las principales reformas necesarias, los expertos señalan⁷: el cambio en la orientación de la asistencia, desde un sistema enfocado a la atención de agudos, hacia un modelo centrado en la cronicidad; la implantación de sistemas de evaluación de resultados en salud que permitan aumentar la transparencia; una toma de decisiones corresponsable con el paciente y la contratación de servicios en función de la eficiencia y resultados de cada centro sanitario; la creación de una iniciativa nacional de evaluación de la efectividad comparada de prestaciones sanitarias; la utilización intensiva de nuevas tecnologías que incluyan la telemedicina y *mHealth (mobile Health)*; e iniciativas dirigidas a la racionalización de los servicios y desinversión sanitaria, entre otras.

En todas estas actuaciones necesarias, se hace imprescindible la aplicación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que integre todos estos parámetros, para poder avanzar en la mejora de la calidad y lograr mayor eficiencia del sistema, mejorando su productividad, al tiempo que permite mantener la confianza de la población y la alianza con los profesionales.

Por tanto, el sector hospitalario español está en constante transformación como consecuencia de los cambios del entorno, cada vez más competitivo y dinámico. La cronificación de las enfermedades, la mayor exigencia por parte de los destinatarios de los servicios y la actual situación económica han provocado en los últimos años un creciente interés por la gestión estratégica en el ámbito de la asistencia sanitaria. En este contexto, los servicios sanitarios

necesitan establecer un SGC adecuado que permita obtener resultados que satisfagan las necesidades de sus Grupos de Interés (GI).

1.1.2. LA COMPETITIVIDAD ENTRE HOSPITALES

Para los hospitales privados es muy clara la razón de plantearse la necesidad de la estrategia competitiva, ya que deben competir en un entorno fundamentalmente público, atrayendo a pacientes que tienen cubiertas sus necesidades con la asistencia sanitaria pública. La asistencia hospitalaria privada es un entorno más cerrado con mayor competencia.

No obstante, en el caso de los centros de la red pública las necesidades de competitividad también se muestran evidentes, fundamentalmente en la obligación de hacer un buen uso de los recursos que le son proporcionados por la población, en el sentido de que deben hacerlo de manera económica y tratando de proporcionar satisfacción a los usuarios. Se deben tener en cuenta criterios de costes, de calidad de servicio y de satisfacción de pacientes y profesionales⁸.

Asimismo, el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área de Salud Única, permitiendo así que cada ciudadano pueda elegir dónde y por quién quiere ser atendido. A través del Decreto 51/2010⁹, la Comunidad de Madrid ha puesto a disposición de los ciudadanos la posibilidad de libre elección de médico de familia, pediatra y profesional de enfermería de atención primaria, así como hospital y médico especialista en atención especializada. Esta nueva organización sanitaria sitúa al hospital y a los centros de salud en una posición de competitividad con los de su entorno y también con los de su nivel asistencial.

En este escenario, la *facturación intercentros* cobra un papel primordial en la sostenibilidad de los hospitales ya que el dinero que dispongan estas organizaciones dependerá de los pacientes a los que atienda y la eficiencia con la que desarrollen sus procesos. Gran parte de la actividad hospitalaria valorada en términos económicos no proviene del área de influencia correspondiente, lo cual implica que la supervivencia de cada institución dependerá en gran medida de la capacidad de atracción o, lo que es lo mismo, de la calidad percibida por los usuarios y la calidad de la prestación del servicio.

En esta línea, la Comunidad de Madrid, a través del Decreto 30/2013¹⁰, para facilitar al usuario ejercer su derecho a la libre elección sanitaria, estableció un *Observatorio de Resultados* para la elaboración y difusión de indicadores relevantes que faciliten a los ciudadanos, profesionales y gestores, información clave sobre la asistencia sanitaria en atención primaria y hospitales. Los indicadores referentes a hospitales muestran información general de la

actividad asistencial, así como indicadores clave de efectividad y seguridad, eficiencia, satisfacción y docencia e investigación. El análisis de estos indicadores permite comparar y conocer la actividad del sistema sanitario madrileño, evaluar la evolución de los resultados en el tiempo, detectar nuevas oportunidades y poner en marcha actuaciones de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria prestada¹¹.

Por lo tanto, los retos que se plantean actualmente relacionados con la mayor autonomía de gestión de los hospitales, la facturación entre Comunidades y la competencia entre los centros sanitarios, así como las reformas introducidas en referencia a las nuevas formas de gestión de los centros, entre las que se incluye la gestión indirecta de la asistencia sanitaria¹², hacen de la acreditación sanitaria una herramienta imprescindible para garantizar la calidad de la asistencia recibida.

1.1.3. EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS

En las últimas décadas, los hospitales han evolucionado hacia empresas proveedoras de servicios y, en la actualidad, se conciben como tal, pues el concepto de *proceso productivo* es aplicable a la producción de servicios sanitarios. Éste se define como una actividad que tiene por finalidad transformar determinados recursos (factores productivos) en un bien o producto final que, en este caso, es la mejora de la salud o enfermo curado.

Por tanto, al hospital se le pueden aplicar, respetando sus peculiaridades, los mismos conceptos y técnicas de análisis y de gestión que convienen al resto de las empresas de servicios. La gestión empresarial de los hospitales implica que la combinación de los factores productivos se realice del modo más eficiente posible, con un resultado eficaz de la calidad. Como sucede en otros sectores de la actividad económica, la calidad y los costes del servicio son las coordenadas en las que han de moverse las empresas de salud en un marco competitivo⁴.

En un hospital existen infinidad de procesos productivos que se pueden agrupar en tres grandes grupos¹³: *clínicos*, que consisten en descubrir las causas del problema que sufre el paciente (proceso diagnóstico) y aplicar las soluciones adecuadas (proceso tratamiento); *técnicos*, que incluyen aquellos procesos de aprovisionamiento de productos, servicios e información asistencial intermedia para los procesos clínicos; y *hoteleros*, que sirven de apoyo para los procesos anteriores, con la función de atender al paciente. Generalmente, los pacientes evalúan la calidad del servicio que reciben a través de estos procesos, sobre todo de

los hoteleros, por carecer de los conocimientos técnicos y necesarios para juzgar los procesos clínicos y técnicos.

Cada grupo de procesos requiere un criterio distinto de gestión, con criterios y valores muy diferentes. El desafío de la gestión hospitalaria consiste en la integración de los tres. En esto se basa la gestión clínica, que acepta que los profesionales sanitarios deben tener conocimientos básicos de gestión, y aplica los mismos al análisis de los procesos. Este concepto es la pieza clave en la gestión de los hospitales, al crear unas reglas de juego entendibles por clínicos y gestores, acercando la realidad de la práctica clínica a los imperativos de la gestión de recursos, y enfocando la gestión económica desde el propio proceso asistencial. Esto permite valorar el impacto económico de las decisiones clínicas, y promueve que los clínicos no trabajen como gestores sino con los gestores¹³.

En este contexto del hospital como empresa de servicios, es imprescindible definir los procesos productivos y determinar cómo se producen los productos finales resultantes. Cada departamento o servicio hospitalario que ofrece un producto o presta un servicio concreto, debe desarrollar una microgestión adecuada de los mismos con el fin de contribuir a la calidad asistencial del paciente, como parte de la transferencia que se establece entre el hospital y el paciente.

1.1.4. FÓRMULAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO

Para comprender la gestión de la calidad en el sistema sanitario, es importante especificar claramente los criterios de buena calidad y definir cuáles son los elementos que constituyen la calidad en la asistencia sanitaria, para poder planificarla, medirla, mejorarla y, en definitiva, gestionarla.

1.1.4.1. El concepto de calidad asistencial

El material publicado sobre calidad asistencial en los sistemas sanitarios es muy extenso y al mismo tiempo difícil de sistematizar. Dependiendo de la estructura disciplinar, la calidad puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos. Donde parece haber acuerdo es en la ausencia de consenso sobre cómo definir la calidad asistencial y en la falta de un marco sistemático común, debido a la diversidad del lenguaje utilizado para describir este concepto. La **Tabla 1** proporciona una perspectiva general sobre las definiciones de calidad asistencial más frecuentemente aplicadas¹⁴.

Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial

Donabedian (1980)	Modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.
Ministerio de Sanidad de Reino Unido (1997)	Hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez.
Instituto de Medicina (2001)	Grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.
Organización Mundial de la Salud (2000)	Nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.
Consejo de Europa (1998)	Grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.

Varios autores y organizaciones han definido la calidad asistencial de acuerdo a una serie de dimensiones o componentes, aunque tampoco existe consenso en cuáles son estas dimensiones. Las más frecuentemente citadas se representan en la **Tabla 2**, en orden descendente de frecuencia de aparición en la bibliografía¹⁴.

Tabla 2. Dimensiones de la calidad asistencial

Efectividad
Eficiencia
Accesibilidad
Competencia técnica
Equidad
Adecuación
Disponibilidad
Seguridad
Respeto
Oportunidad
Experiencia asistencial al paciente
Elección/disponibilidad de información
Continuidad
Prevención/detección temprana
Evaluación

Evaluación de la calidad asistencial

Avedis Donabedian, referente en el concepto de calidad asistencial, sistematizó la evaluación de la misma como una triada de *estructura*, *proceso* y *resultados*, marcando la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario. Argumentó que “una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado”¹⁵.

- *Estructura*: se refiere a las características de los escenarios donde se presta la atención y los recursos requeridos para asistencia sanitaria (recursos materiales, intelectuales y humanos). La evaluación de la estructura constituye un método indirecto de medida de la calidad, basado en el supuesto de que los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condicionan la calidad final.
- *Proceso*: define la forma de utilización de los recursos para prestar la asistencia sanitaria y se refiere tanto a procesos relacionados con el paciente como aquellos relacionados con aspectos organizativos. Los procesos se sistematizan para eliminar la variabilidad de la práctica clínica mediante el uso de protocolos o guías de práctica clínica.
- *Resultados*: describe los efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones, y comprende tanto resultados definitivos (mortalidad, morbilidad, discapacidad, calidad de vida, etc.), como resultados intermedios (presión arterial, peso corporal, bienestar personal, capacidad funcional, mejora del conocimiento, etc.). Para evaluar los resultados se utilizan indicadores: clínicos, económicos, de satisfacción del paciente y del profesional, etc.

1.1.4.2. La gestión de la calidad en servicios sanitarios

En el sector sanitario se han ido incorporando paulatinamente nuevos métodos y enfoques en la evaluación y mejora de la calidad que surgieron inicialmente en el sector industrial, emergiendo los programas de acreditación sanitaria. Ésta se define como “el proceso por el cual un centro sanitario se somete, con carácter voluntario, a un procedimiento de evaluación o verificación externo para evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente, que a la vista de los resultados obtenidos emitirá finalmente un dictamen”¹⁶. Un proceso de acreditación sanitaria implica la evaluación de la estructura organizativa del centro y la provisión de asistencia, en comparación con estándares profesionales contemporáneos, para determinar si el centro sanitario cumple un número suficiente de estándares para merecer dicha certificación o acreditación. Mediante el proceso de acreditación se verifica el cumplimiento, por parte de la organización, de su propio plan de trabajo, y el nivel de cumplimiento de sus objetivos e indicadores de resultados.

La gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias ha evolucionado, abordando la búsqueda de la excelencia en la gestión de los servicios sanitarios y tratando de maximizar el valor para todos los GI de la organización y no sólo para los pacientes (clientes, profesionales, proveedores, sistema sanitario y sociedad). De esta forma, dirige sus esfuerzos a mejorar de

forma continua los resultados relevantes y la satisfacción de clientes, profesionales y de la sociedad.

En EEUU existen experiencias de acreditación de hospitales desde 1919. Indiscutiblemente, el sistema sanitario de EEUU basado en el libre mercado invita a la implantación de modelos de acreditación, como garantía de calidad ante los clientes de una empresa de bienes y servicios: un hospital acreditado garantiza unos estándares de calidad que genera un aumento de demanda de clientes y, consecuentemente, un aumento de ingresos económicos. Esto redundaría en la mejora de recursos materiales y humanos que permite ofrecer mejores niveles de calidad asistencial. Así, las actividades de acreditación de instituciones sanitarias se han consolidado en modelos sanitarios como los de EEUU y Canadá¹⁷, dando lugar a una amplia experiencia en el desarrollo de estos programas.

La llegada a Europa de la acreditación sanitaria a ese nivel se ha retrasado, aunque tradicionalmente han existido actividades puntuales de garantía de calidad en los centros sanitarios. En este escenario, la Unión Europea va orientando sus políticas hacia la transformación de la gestión de la calidad en los servicios sanitarios, publicando recomendaciones que sugieren una línea de actuación sin imposición legal. En ellas, se recomienda el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud, debiendo ser éstos objeto de control público bajo la forma de una evaluación objetiva realizada por organismos independientes. Asimismo se proponen objetivos concretos para promover la calidad de la asistencia, a través de un enfoque preventivo y una gestión eficaz, y para garantizar la sostenibilidad financiera de una asistencia accesible y de calidad¹⁸.

Recientemente se han publicado nuevas recomendaciones para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios europeos, a fin de ayudar a los sistemas sanitarios nacionales a afrontar los retos y las presiones de que son objeto para que puedan prestar una asistencia sanitaria de gran calidad. Se sugiere reforzar la eficacia de los servicios a través de los resultados de la evaluación del rendimiento, desarrollando un enfoque integrado y garantizando la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes¹⁹.

Si nos centramos en España, aunque hay documentos legislativos en los que se fomenta el control y evaluación de la calidad desde los años 70^{20,21}, es la *Ley de Cohesión y Calidad del SNS*²² (2003) el instrumento político más importante en materia de calidad de la asistencia sanitaria. En ella se establecen acciones de coordinación y cooperación para garantizar la calidad en el SNS, debiéndose evaluar el beneficio de las actuaciones clínicas e incorporando

sólo aquellas que aporten un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema. Establece la obligatoriedad de crear sistemas de evaluación de la calidad asistencial, promoviendo la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios. Para que ello sea factible la ley plantea dos herramientas: la *Agencia de Calidad del SNS* y el *Observatorio del SNS*.

La *Agencia de Calidad del SNS* tiene como misión la elaboración de los elementos de la infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. En este sentido se prevé la elaboración de un Plan de Calidad del SNS que deberá actualizarse periódicamente. Éste se concreta en diversas estrategias estructuradas en 6 grandes áreas de actuación: salud y prevención; equidad; recursos humanos; excelencia clínica; tecnologías de información; y transparencia^{23,24}. Corresponde asimismo a este organismo la competencia de la acreditación docente, con la que se realiza un seguimiento de los centros con programas de postgrado de formación especializada, con el fin de garantizar su idoneidad como centros docentes. Ésta es la única acreditación sanitaria de carácter obligatorio que existe en nuestro país, existente desde 1987. La auditoría consiste en acreditar diversos requisitos, tanto de estructura, como de proceso y resultado²⁵.

Por su parte, el *Observatorio del SNS* proporciona un análisis permanente del SNS en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados.

A nivel de las Comunidades Autónomas, la primera experiencia de acreditación sanitaria fue en 1981, con la puesta en marcha del Plan de Acreditación de la Generalitat de Catalunya. A éste se han sumado otras Comunidades Autónomas que apuestan por la acreditación sanitaria entre sus líneas de calidad, desarrollando iniciativas independientes para cada sistema regional. En la Comunidad de Madrid, se establecieron ciertas medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios²⁶: el desarrollo de una política de calidad total en el conjunto del sistema sanitario, con la implantación de programas específicos, la promoción de planes de mejora continua de la calidad en los centros sanitarios, la evaluación de las expectativas, percepciones y satisfacción de los ciudadanos, etc. En esta línea destaca la constitución en el año 2013 el *Observatorio de Resultados*¹¹, que promueve el intercambio de información con el fin de poner en marcha actuaciones de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

Por lo tanto, no existen documentos vinculantes de obligado cumplimiento sobre la gestión de la calidad de la asistencia sanitaria desde los diferentes ámbitos de aplicación de la legislación. Sin embargo, los propios hospitales o los servicios que forman parte de ellos están apostando por el desarrollo e implantación de políticas de calidad a nivel particular, y desarrollan de forma independiente estándares e indicadores de calidad de sus sistemas sanitarios como herramientas de mejora de su gestión; esto se traduce en un crecimiento del número de centros sanitarios que apuestan por los modelos de acreditación sanitaria para certificar su SGC.

1.2. LOS PRINCIPALES DESAFÍOS DE LA FARMACIA HOSPITALARIA DEL PRESENTE

1.2.1. EL SERVICIO DE FARMACIA: SU MISIÓN, VALOR Y ACTIVIDAD

El Servicio de Farmacia (SF) es un servicio central del Hospital, integrado funcional y jerárquicamente en el mismo, cuya misión es contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población, mediante una prestación farmacéutica efectiva, segura y eficiente, en un marco de asistencia integral y continua.

Está integrado jerárquicamente en la Dirección Médica del Hospital. Por la naturaleza mixta de su cometido profesional, centro gestor del gasto y unidad asistencial, debe relacionarse tanto con los servicios clínicos del hospital como con los órganos de gobierno del mismo y con los pacientes. A efectos de contabilidad analítica, es un servicio intermedio que atiende la demanda asistencial de los servicios finales, a los que tendrá que facturar internamente los productos de su cartera de servicios demandados por aquéllos.

Su cadena de valor tiene dos partes diferenciadas pero coordinadas: la “asistencia técnica” para el uso del medicamento (asistencia en la evaluación, selección y protocolización del medicamentos, asistencia en la prescripción médica, apoyo al personal de enfermería en la administración, etc.) y la “cadena logística” desde su adquisición hasta su administración/dispensación al paciente (gestión de adquisiciones, preparación, acondicionamiento y dispensación de medicamentos).

La cartera de servicios de los SF incluye, por tanto, actividades de gestión, evaluación e información de medicamentos y productos sanitarios, farmacovigilancia, atención farmacéutica, elaboración, dispensación, docencia, investigación, etc.²⁷, tal y como se refleja en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Cartera de servicios de los Servicios de Farmacia Hospitalaria

AREA DE GESTIÓN		GESTIÓN DEL RIESGO		
<ul style="list-style-type: none">▪ Gestión de adquisiciones y consumos de medicamentos y productos sanitarios<ul style="list-style-type: none">- Gestión de concursos y procedimientos negociados- Gestión de pedidos y devoluciones- Recepción y almacenamiento- Control de inventario- Gestión de consumos- Seguimiento presupuestario- Estudios farmacoeconómicos- Informes técnicos a Comisiones Clínicas▪ Tramitación de medicamentos▪ Gestión clínica de la farmacoterapia<ul style="list-style-type: none">- Actividades de la CFT y otras comisiones Clínicas- Evaluación de medicamentos- Elaboración y actualización de la GFT- Participación en protocolos terapéuticos- Participación en Guías Clínicas- Boletines informativos- Evaluación de la utilización de los medicamentos▪ Gestión del Servicio<ul style="list-style-type: none">- Gestión y Dirección del Servicio- Gestión de personal- Gestión de relaciones con clientes internos y externos- Contrato de Gestión- Gestión de Calidad- Memoria anual del Servicio		<ul style="list-style-type: none">▪ Programas de detección y evaluación de RAM y EM (Farmacovigilancia)<ul style="list-style-type: none">- Notificación de RAM y seguimiento por paciente▪ Programas educativos de prevención de RAM y EM y uso seguro de medicamentos y PS▪ Alertas y retiradas de medicamentos y PS		
ATENCIÓN FARMACÉUTICA				
ASISTENCIA A LA PRESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN	DISPENSACIÓN	INFORMACIÓN A PROFESIONALES Y PACIENTES	SEGUIMIENTO FARMACO-TERAPÉUTICO
<ul style="list-style-type: none">▪ Asesoramiento e información a profesionales▪ Validación de la prescripción▪ Servicios especiales de monitorización terapéutica: farmacocinética, toxicología y farmacogenética	<ul style="list-style-type: none">▪ Formulaciones no estériles magistrales y normalizadas▪ Formulaciones estériles magistrales y normalizadas▪ Mezclas intravenosas▪ Nutrición Parenteral▪ Citotóxicos▪ Reenvasado	<ul style="list-style-type: none">▪ Pacientes hospitalizados▪ Pacientes externos▪ Pacientes ambulantes	<ul style="list-style-type: none">▪ Información a profesionales▪ Información a pacientes	<ul style="list-style-type: none">▪ Pacientes hospitalizados▪ Pacientes externos▪ Pacientes ambulantes
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN				

CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica; EM: errores de medicación; GFT: Guía Farmacoterapéutica; PS: productos sanitarios; RAM: reacciones adversas a medicamentos.

1.2.2. LA FARMACIA HOSPITALARIA, SERVICIO CLAVE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Ante el escenario descrito en el que está inmerso el sistema sanitario, la Farmacia Hospitalaria (FH) se considera una pieza clave para garantizar los criterios de calidad exigibles por la situación actual de la asistencia sanitaria. El principal desafío de la FH es asegurar una respuesta eficaz ante esta nueva realidad.

En este contexto, cabe destacar el Proyecto 2020: éste surge en el año 2008, por parte de un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). En él se trazan las estrategias y se plantean los objetivos concretos para avanzar en la mejora de la práctica farmacéutica hospitalaria, como marco referencial hasta el año 2020, con el fin de que todos los SF trabajen en la misma línea²⁸. La referencia es una iniciativa similar promovida por la *American Society of Health-System Pharmacists*, en 2001, que traza su horizonte de futuro para el año 2015²⁹. La iniciativa se concreta en 6 líneas estratégicas, que abordan las nuevas tecnologías para mejorar la organización de los SF, el refuerzo de la labor clínica, la implementación de sistemas de seguridad de uso de medicamentos, el impulso de la atención farmacéutica al paciente, el diseño de un programa de desarrollo profesional para el personal farmacéutico y no farmacéutico y el estímulo de las aportaciones científicas e investigadoras, a través 28 objetivos concretos (**Anexo I**). Parte de una encuesta basal realizada en 2010 sobre la situación de partida de los hospitales españoles en relación con los objetivos establecidos.

A continuación, se recogen aquellas dimensiones en las que la FH está experimentando un cambio de enfoque, orientando su sistema de gestión a la mejora de la calidad y eficiencia de la prestación farmacéutica. Asimismo se destacan algunas iniciativas y herramientas útiles que apoyan este proceso de cambio.

1.2.2.1. Los productos finales de los SF

El creciente interés por la gestión estratégica en el ámbito de la asistencia sanitaria ha provocado una búsqueda de una gestión más eficiente de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos por parte de los profesionales sanitarios, a través de la gestión clínica. De esta manera, cada servicio del hospital, incluyendo el SF, debe conocer sus actividades y costes, definir los procesos productivos y sus productos finales y, a partir de esta información, desarrollar una gestión adecuada a través de objetivos y estrategias³⁰.

Por lo tanto, lo primero es definir las actividades que deben ser gestionadas por los SF. La *Guía de Gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria*³¹ es un documento consensuado por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y la SEFH en la que se define el núcleo básico de

funciones que deberían ser gestionadas por todos los SF. Define las áreas de actuación, los requisitos mínimos, los productos y los correspondientes indicadores de gestión de actividad e indicadores económicos en un SF, para todas las áreas de actividad definidas: Gestión; Dispensación y Distribución de medicamentos; Elaboración; Centro de Información de Medicamentos; Farmacocinética Clínica; Toxicología Clínica; Farmacovigilancia; Unidad de Radiofarmacia. La guía es un documento flexible, que es necesario adaptar a cada SF en función del entorno. Promueve la participación de los profesionales en la gestión a través de una búsqueda constante de la calidad en todos los procesos, permitiendo afrontar los retos que la sanidad demanda a los profesionales sanitarios.

Una vez definidas las funciones que deben gestionar los SF, para conocer los costes de los servicios que presta, las actividades desarrolladas por el SF se transforman en *productos finales*. Estos son “el resultado de un proceso de producción que precisa de recursos estructurales y de equipamiento, así como de la aplicación de los conocimientos técnicos necesarios para su incorporación al proceso asistencial”³². En el contexto hospitalario, los SF deben facturar internamente los productos finales de su cartera de servicios a aquellos servicios peticionarios que los demandan, incorporándose al coste global del proceso asistencial.

En el año 2001, el INSALUD y la SEFH editaron el *Catálogo de Productos y Facturación para SF*³³, cuyo objetivo era optimizar la gestión de los SF mediante la elaboración de un catálogo de sus productos finales y su valoración en Unidades Relativas de Valor (URV), como unidad de medida artificial y normalizada. El producto elegido como valor de referencia para el cálculo de las URV se definió como la “línea de dispensación en dosis unitaria”, asignando a su coste el valor 1, por considerarla la actividad más frecuente de los SF; las URV del resto de los productos se obtienen comparando el coste de los mismos con el coste del valor de referencia. El cálculo de los costes de la actividad mediante las URV asume que los costes presentan una correlación lineal con el valor en URV asignado a cada uno de los procedimientos. El coste de las URV de los distintos productos se ha determinado por el tiempo empleado por el personal que interviene en cada uno de ellos. Este documento fue posteriormente revisado y actualizado por el Grupo TECNO de la SEFH en el año 2009²⁷.

En la **Tabla 4** se detalla el valor URV para cada actividad definida según el Catálogo para todas las áreas de actividad.

Tabla 4. Valor URV definido para las actividades de un SF²⁷

	VALOR URV
1. ÁREA DE GESTIÓN	
1.1. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONSUMOS	
<i>Informes de consumo y utilización de medicamentos solicitados por un servicio</i>	70,88
1.2. TRAMITACIÓN DE MEDICAMENTOS	
<i>Tramitación de medicamentos en investigación</i>	19,82
<i>Tramitación de medicamentos extranjeros individualizados por paciente</i>	18,50
1.3. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA	
<i>Consultas al Centro de Información de Medicamentos</i>	51,03
<i>Informes de evaluación comisiones técnicas, previa solicitud de un servicio</i>	56,70
2. ÁREA DE DISPENSACIÓN	
<i>Dispensación en dosis unitaria</i>	1,00
<i>Dispensación de estupefacientes</i>	5,60
<i>Dispensación a paciente externo</i>	5,08
<i>Dispensación de muestras de investigación clínica</i>	5,99
<i>Dispensación por reposición por paciente</i>	0,74
<i>Dispensación por stock en unidad de enfermería</i>	1,06
3. ÁREA DE ELABORACIÓN	
3.1. FORMULACIONES NO ESTÉRILES	
<i>Procedimiento normalizado de trabajo de fórmula de nueva elaboración</i>	237,46
<i>Elaboración de fórmulas no estériles</i>	1,99
3.2. FORMULACIONES ESTÉRILES	
<i>Procedimiento normalizado de trabajo de fórmula de nueva elaboración</i>	237,46
<i>Elaboración de fórmulas estériles</i>	12,89
3.3. NUTRICION PARENTERAL	
<i>Nutrición parenteral protocolizada</i>	22,67
<i>Nutrición parenteral individualizada</i>	30,30
<i>Nutrición parenteral para neonatos</i>	37,51
<i>Nutrición parenteral por catering</i>	20,05
3.4. CITÓTOXICOS	
<i>Procedimiento Normalizado de trabajo de citotóxico de nueva elaboración</i>	79,15
<i>Citotóxico para perfusión</i>	16,02
4. ÁREA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	
4.1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL AL PACIENTE INGRESADO	
<i>Atención farmacéutica integral al paciente ingresado</i>	67,28
4.2. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS CONCRETOS DE LA TERAPIA	
<i>Primera consulta</i>	39,58
<i>Consultas sucesivas</i>	13,19
4.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE AMBULANTE Y EXTERNO	
<i>Primera consulta</i>	21,11
<i>Consultas sucesivas</i>	10,55

5. ÁREA DE MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA: FARMACOCINÉTICA, TOXICOLOGÍA Y FARMACOGENÉTICA

<i>Determinación analítica</i>	4,13
<i>Informe farmacocinético/farmacogenético</i>	4,63

6. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

<i>Ensayo clínico</i>	382,87
-----------------------	--------

La herramienta URV permite, por un lado, cuantificar y analizar la actividad productiva realizada dentro del SF, permitiendo la comparación entre distintos procesos y la obtención del grado de complejidad del mismo, y, por otro lado, conocer la eficiencia del servicio teniendo en cuenta los recursos utilizados. Además, facilita la facturación interna a las distintas unidades peticionarias y posibilita la comparación directa de la actividad y eficiencia a lo largo del tiempo en un mismo SF, realizando análisis comparativos de resultados de implantación de medidas, y la comparación entre diferentes SF.

1.2.2.2. La FH, clave para garantizar la seguridad del paciente

El *uso seguro de los medicamentos* supone un importante impacto en el sistema sanitario y la calidad de la asistencia sanitaria. Numerosas publicaciones sobre la seguridad del paciente revelan el impacto asistencial y económico que tienen los errores de medicación, y destacan la necesidad de establecer prácticas de seguridad efectivas.

El estudio *Harvard Medical Practice Study*³⁴, que analiza los daños derivados de los errores más habituales en la asistencia médica, concluye que las complicaciones derivadas de los medicamentos son el evento más frecuente (19%, y de ellos un 45% prevenibles), seguido de las infecciones de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%). El estudio análogo llevado a cabo en nuestro país, de eventos adversos ligados a la hospitalización (estudio ENEAS)³⁵, muestra que el 4% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles sufre algún evento adverso relacionado con la medicación, que suponen el 37% del total de los eventos adversos documentados y que el 35% de ellos son prevenibles. Los efectos adversos relacionados con la medicación suponen al Sistema Sanitario Español un gasto de entre 469 y 790 millones de euros al año, y si se llegaran a prevenir los errores de medicación éste podría ahorrarse algo más de 91 millones de euros anuales³⁶.

Los SF están, por tanto, en una posición estratégica para contribuir significativamente a la seguridad del paciente y a la sostenibilidad del sistema sanitario mediante la aplicación de criterios de coste-efectividad en la selección y protocolización de la prestación farmacéutica, el asesoramiento a los profesionales y pacientes en el uso racional de los medicamentos, la

implantación de prácticas seguras en el uso de los medicamentos y la vigilancia de la obtención de los mejores resultados en salud.

En el entorno de la seguridad del paciente, el Índice del *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) se ha establecido como un indicador válido que evalúa las condiciones para la consecución de una farmacoterapia segura a través del *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales*³⁷. Esta herramienta fue desarrollada originariamente por el ISMP en Estados Unidos y adaptada por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación en España del ISMP, con el apoyo y financiación de la Agencia de Calidad del SNS y la colaboración técnica de un grupo de expertos de varios hospitales españoles. Permite evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificar cuáles son sus puntos de riesgo y las oportunidades de mejora. Resulta útil para valorar cuál es la situación basal de un hospital con respecto a la seguridad, para objetivar los progresos que se realicen en esta área, comparando resultados con resultados previos y para realizar comparaciones directas con hospitales similares. Se calcula a partir de 232 puntos de evaluación que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación. Está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos (**Tabla 5**); no todos los puntos tienen asignado el mismo valor, sino que éste depende de su eficacia para evitar los errores.

Tabla 5. Índice ISMP-España: elementos clave

1. Información sobre los pacientes
2. Información de los medicamentos
3. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación
4. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos
5. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos
6. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos
7. Factores del entorno
8. Competencia y formación del personal
9. Educación al paciente
10. Programas de calidad y gestión de riesgos

El Índice ISMP de seguridad en Sistemas Automatizados de Dispensación, derivado del anterior, es el índice estandarizado que evalúa la implantación de prácticas seguras en la utilización de los mismos. Del mismo modo, consiste en un cuestionario de autoevaluación que surge a raíz de unas recomendaciones elaboradas por el ISMP y dirigidas a fomentar la seguridad en el uso de los Sistemas Automatizados de Dispensación^{38,39}. Las recomendaciones fueron adaptadas y redactadas por el ISMP-España⁴⁰ debido a la creciente utilización de estos

sistemas en los hospitales españoles (la encuesta basal realizada a los SF españoles en 2010, a raíz del Proyecto 2020, indicó que el 40,1% de los hospitales disponían de dichos sistemas en el SF, marcando el objetivo del 80% para el año 2020²⁸). El Índice ISMP de seguridad en Sistemas Automatizados de Dispensación consta de 89 afirmaciones estructuradas en 12 elementos clave que apoyan el uso seguro de los mismos.

1.2.2.3. La FH, clave para garantizar la eficiencia del sistema sanitario

La reciente reordenación del sistema de financiación de la prestación farmacéutica ha logrado contener el gasto farmacéutico global, que ha decrecido un 16,9% en el período 2010-2013. Sin embargo, este decrecimiento ha sido fundamentalmente debido a la disminución en un 24,8% del gasto asociado a recetas dispensadas en oficina de farmacia por las políticas de disminución de precios, genéricos y la transferencia de medicamentos crónicos de alto impacto económico a dispensación hospitalaria. De hecho, el gasto farmacéutico hospitalario ha crecido un 5,1% en este mismo período. Este crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario se debe al envejecimiento de la población y la creciente incorporación de medicamentos de uso hospitalario de elevado coste⁴¹.

Los SF de los hospitales, como gestores del medicamento, adquieren una importante visibilidad y responsabilidad en la contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario. Su actividad, orientada a la asistencia a profesionales y pacientes en la prescripción, dispensación y seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, aporta el factor de equilibrio necesario para garantizar la calidad del tratamiento farmacológico y la máxima eficiencia posible de acuerdo con la evidencia científica.

En este escenario, el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) establece un conjunto de principios generales de actuación para los centros hospitalarios en los que se establecen objetivos relativos a sus indicadores de gasto, rendimiento, tiempos de espera, seguridad, calidad, farmacia, continuidad asistencial, atención al paciente y sistemas de información, que se recogen en el Contrato Gestión. Éste se constituye como una herramienta, enmarcada dentro del planteamiento estratégico a medio plazo del SERMAS, que pretende encaminar a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo⁴².

El Índice Sintético se encuentra enmarcado en dicho Contrato. Fue incluido en 2014 y es un indicador agregado que incluye varios indicadores parciales con diferentes ponderaciones

(**Tabla 6**): indicadores de actividad y coste, resultados en salud y eficiencia final. No es estático, sino que sufre actualizaciones en función de los objetivos de actuación que el SERMAS establece para los centros hospitalarios.

Tabla 6. Indicadores del Índice Sintético (año 2014).

Indicadores del Índice sintético	Peso específico
Coste tratamiento por paciente adulto VIH	41,25 %
% pacientes adultos VIH tratados y con CV indetectable	4,63 %
% paciente HCC nuevo en tratamiento con triple terapia con F≤2	1,25 %
Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos	3,38 %
Coste tratamiento por paciente EM-EXT y EM-HD ponderado	10,25 %
Coste tratamiento biológico por paciente en artritis reumatoide	17,25 %
Coste tratamiento por paciente psoriasis	6,25 %
Coste tratamiento por paciente artritis psoriásica	3,25 %
Coste tratamiento por paciente EII	10 %
% utilización de genéricos	2,5 %

CV: carga viral; EM-EXT: esclerosis múltiple en tratamiento externo; EM-HD: esclerosis múltiple en tratamiento en Hospital de Día; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; F: fibrosis; HCC: hepatitis C crónica; VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana.

Los SF son responsables de reportar a la Dirección del Hospital los indicadores económicos sobre la farmacoterapia que están descritos en el Contrato Gestión y de establecer políticas adecuadas en colaboración con los médicos prescriptores para garantizar la eficiencia de la farmacoterapia. Además, los SF reportan a la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, organismo perteneciente al SERMAS, indicadores de actividad y coste incluidos en el Contrato Programa de Asistencia Sanitaria (PAS). Ésta devuelve la información de todos los hospitales pertenecientes a la red pública madrileña, permitiendo, de esta forma, realizar comparaciones directas con otros hospitales del SERMAS.

Tanto el Contrato Gestión como el Contrato PAS sufren actualizaciones, incluyéndose o eliminándose determinados indicadores en función de los avances en la farmacoterapia y la introducción de nuevos tratamientos en la prestación farmacéutica; asimismo, se establecen objetivos estratégicos anuales correspondientes a gran parte de indicadores. A modo de ejemplo, se incluyen los indicadores de Farmacia del Contrato de Gestión del año 2009 en el **Anexo II**.

1.2.2.4. Los SF, comprometidos con la satisfacción de sus clientes

Aunque tradicionalmente los SF han estado orientados hacia la atención del paciente ingresado, con una visión centrada casi exclusivamente en el episodio agudo motivo de hospitalización, como consecuencia de los cambios demográficos y del patrón epidemiológico

se ha hecho necesario un cambio en el modelo, que implica al paciente ambulatorio y externo como receptores de una atención más directa por parte del farmacéutico. La calidad de la asistencia sanitaria recibida debe incluir la mejora, no sólo de la eficacia y eficiencia de su farmacoterapia, sino también de la calidad percibida por parte de los pacientes. En esta línea, es útil disponer de herramientas que evalúen la satisfacción general de los pacientes atendidos en las unidades de atención a pacientes externos de los SF y permitan identificar puntos débiles para desarrollar planes de mejora en el modelo de gestión de la atención farmacéutica y objetivar los progresos realizados en dichas unidades.

Sin embargo, es importante destacar que los pacientes no son los únicos clientes que tienen los SF. Como cualquier otra organización, cada SF debe establecer los clientes en función del impacto de sus actividades. Como norma general, entre los clientes de los SF, encontramos a los pacientes, a los facultativos y personal de enfermería de las Unidades Asistenciales (UA) y a los clientes ligados a actividades de docencia e investigación. Una vez identificados los clientes, el SF debe identificar sus necesidades y expectativas y, por último, orientar sus procesos, políticas y estrategias, para generar mayor valor y satisfacción para ellos.

Por tanto, resulta imprescindible disponer de herramientas que pongan de manifiesto la satisfacción, necesidades y expectativas de los mismos, a través de medidas de percepción, como pueden ser las encuestas, y a través de indicadores de rendimiento, que permiten al SF anticiparse a su percepción y mejorar su rendimiento mediante los indicadores definidos.

1.2.2.5. La FH, un servicio que apuesta por las personas que lo integran

El SF debe disponer de personal suficiente para realizar todas las funciones que desarrolla, siendo éste su recurso más importante. Pero no sólo el número es importante; el factor clave de éxito para buena parte de los objetivos del SF es la satisfacción e implicación de las personas que trabajan en él. Existen multitud de factores que influyen en estos dos componentes. Entre ellos, la existencia de oportunidades de desarrollo profesional constituye una pieza básica. El SF debe proporcionar una propuesta de valor diferenciada para el desarrollo de los distintos perfiles profesionales que lo integran, dando capacitación para las acciones que han de desarrollar, y con ello promover mejora en la toma de decisiones en su actividad. El objetivo es crear profesionales de alto nivel científico-técnico, mejorar sus habilidades y llegar a ser buenos líderes cada uno en su ámbito de responsabilidad.

En la encuesta basal realizada a los SF españoles en 2010, a raíz de la iniciativa 2020 de la SEFH, se indicó que el 24,3% y el 21,2% de los hospitales tenían implementado un programa de

desarrollo profesional individualizado para los farmacéuticos y para el personal técnicos/de enfermería, respectivamente, marcando los objetivos del 95% para ambos colectivos para el año 2020²⁸. Además se establece el objetivo de que en el 80% de los hospitales, el SF establecerá un plan de formación específico en farmacoterapia dirigido a todos los farmacéuticos del servicio, siendo el 26,6% el resultado de la encuesta basal de 2010.

En este sentido, resulta útil disponer de alguna herramienta que evalúe la satisfacción general del personal con la gestión del SF, con la organización del trabajo y con los factores personales. Esto permite identificar aquellos puntos débiles para desarrollar planes de mejora en la gestión de personas y objetivar los progresos realizados en esta área.

1.2.2.6. La FH, comprometida con el entorno social

Bajo el lema *Juntos llegamos más lejos*, la SEFH establece su Plan Estratégico para los años 2015-2019⁴³ y sigue apostando por impulsar, estimular e influir en el entorno social, además de profesional y científico. En el recorrido de los más de 60 años de vida de la SEFH, se han ido desarrollando diferentes grupos de trabajo relacionados con áreas temáticas de interés genérico que se desarrollan dentro de la especialidad, con el objetivo de aunar esfuerzos de los socios, compartir el conocimiento generado, facilitar y desarrollar programas y actividades de valor, etc.⁴⁴

Además de los grupos de trabajo, los farmacéuticos de hospital ejercen una participación activa en diversos congresos y otros foros, útiles para poder compararse y aprender de los SF líderes. Del mismo modo, resulta imprescindible la participación en otros foros más allá del escenario de la FH, formando parte de comités, grupos de trabajo y otros foros de encuentro con aquellos servicios clínicos o áreas de actividad en los que los farmacéuticos de hospital poco a poco van formando parte como integrantes necesarios de los mismos.

En esta línea del conocimiento compartido, la FH también apuesta por la investigación y las aportaciones científicas de los profesionales que integran los SF. Entre los objetivos que deben alcanzarse para el año 2020, la SEFH recomienda que “en el 40% de los hospitales, al menos un farmacéutico de hospital ha sido investigador principal de algún proyecto de investigación competitiva financiado con fondos públicos en los últimos tres años” y que “en el 60% de los hospitales al menos un farmacéutico de hospital ha sido autor de algún trabajo publicado en una revista incluida en el SCI (*Science Citation Index*). Estos porcentajes alcanzaron el 20% y 40,7%, respectivamente, en la encuesta basal realizada en 2010²⁸.

Asimismo, resulta útil la *Guía de Evaluación y Mejora para los Servicios de Farmacia Hospitalaria*⁴⁵. Éste es un documento fruto de la colaboración del INSALUD y la SEFH para establecer criterios estructurales, de productividad y de calidad, para la homologación de los distintos SF. En él se establecen niveles de homologación con la finalidad de que se utilice como una guía de mejora de los mismos, como referencia de posición competitiva y como método de análisis de los servicios de farmacia, con vistas a la mejora continua de su actividad y calidad.

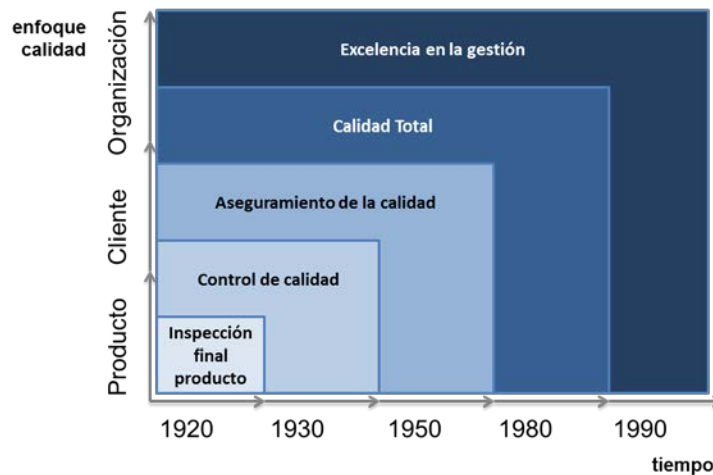
El cálculo se realiza asignando un peso específico a cada una de las actividades realizadas en el SF: Gestión (30%), Distribución (28%), Elaboración (24%), Farmacocinética (8%), Farmacovigilancia (5%), Toxicología (2,5%), Radiofarmacia (2,5%). Cada una de estas actividades se divide en áreas y subáreas, que se valoran a través de un total de 224 ítems. Para cada ítem se evalúa el nivel de implantación, actividad y calidad. La suma de las puntuaciones finales obtenidas en cada área, aplicando el peso específico de cada actividad, clasifica los SF en uno de los 4 niveles: Nivel I (> 75 puntos), Nivel II (55-75 puntos), Nivel III (35-54 puntos) y Nivel IV (<35 puntos).

1.3. LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE ORGANIZACIONES EXCELENTES

Históricamente, la implantación de modelos de gestión de la excelencia ha crecido exponencialmente en otros sectores ajenos al sanitario; sin embargo, desde el sector sanitario se han ido incorporando paulatinamente algunas de las ideas y herramientas de gestión disponibles. A continuación, realizaremos un análisis de los modelos de gestión de organizaciones excelentes. Previamente, debemos realizar una aproximación histórica del concepto de calidad y de la evolución del mismo.

1.3.1. LA RUTA HACIA LA EXCELENCIA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD

El concepto de calidad es algo dinámico, ha sufrido multitud de cambios, evolucionando a lo largo de la historia, ampliando objetivos y modificando su orientación inicial. Se puede decir que su papel ha adquirido una importancia estratégica, al evolucionar desde una mera inspección hasta la excelencia de la gestión empresarial. En definitiva, el concepto de calidad y la gestión de la misma han pasado por cinco etapas históricas tal y como se presenta en la **Figura 1** y como se detalla a continuación⁴⁶⁻⁴⁹.

Figura 1. Evolución histórica del concepto de calidad**(1º) Inspección final de producto**

Desde épocas muy antiguas, ya se evaluaban las obras de artesanía y otros productos, y se tenía en cuenta la satisfacción del cliente. Fue a partir del siglo XIX, con la llegada de la Revolución Industrial, cuando se empezó a determinar y establecer las características que debía cumplir un producto en su fabricación, naciendo los conceptos de *estandarización*, *especificaciones* y los *defectos de calidad*. Asimismo, se promueve la *inspección* como necesidad de comprobar que los productos se corresponden con los modelos determinados, aunque esta técnica consistía en tratar de localizar los errores, no en evitar que éstos se produjeran.

(2º) Control de calidad

A finales de los años 20, surge el concepto de *control de calidad*, basado en la aplicación de técnicas estadísticas a los procesos productivos. Éste consiste en demostrar si un proceso concreto está bien diseñado para obtener productos sin defectos de calidad. También permite determinar las causas de error que afectan al proceso.

(3º) Aseguramiento de la calidad

A mediados del siglo XX, George Edwards entiende que la calidad debe ser una función separada de la fabricación y depender directamente de la Dirección. Ésta adopta el papel de *liderazgo* en la consecución de los objetivos y, de esta forma, se involucra a todos los departamentos de una empresa. Se introducen *procedimientos sistemáticos* para asegurar que el proceso productivo tenga como resultado la calidad requerida, persiguiendo garantizar un

nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado. Es decir, los productos tienen un objetivo de calidad determinado y se limitan a asegurar este nivel de calidad, sin preocuparse por superarlo.

(4º) Calidad total

La calidad total integra todos los elementos de calidad de los niveles anteriormente explicados pero asumiendo la *implicación global de la empresa* para asegurar la calidad del producto. La Dirección es responsable de liderar este cambio de cultura, mediante la implantación de un sistema de *mejora continua* de los procesos y, la instauración de un sistema participativo de la gestión de los mismos. Se caracteriza por la búsqueda constante de mejora en todos los ámbitos de la organización, no sólo en los aspectos productivos. Asimismo, aparecen las figuras de *cliente externo* y *cliente interno*.

Armand Feigenbaum es considerado el precursor de la calidad total, aunque destacan otros protagonistas de la misma, como Edward Deming y Joseph Juran.

Deming impulsó y desarrolló la metodología que lleva su nombre a través de los *Círculos de Deming* o la *Rueda de Deming*: se trata de un ciclo de resolución de problemas y mejora que consta de cuatro puntos básicos: planificar (P), hacer (H), verificar (V) y actuar (A): es una acción dinámica que se puede aplicar dentro de cada uno de los procesos y de los niveles de una organización, logrando el mantenimiento y la mejora continua.

Por otra parte, Juran desarrolló la *trilogía de la calidad*, planteando la gestión de la calidad como la unión de tres procesos:

- I. *Planificación*: determinar quién es el cliente, cuáles son las expectativas del mismo y traducir esas expectativas al lenguaje de la organización para desarrollar el producto optimizando los procesos.
- II. *Control de calidad*: medir resultados, compararlos con lo planificado y actuar sobre las diferencias.
- III. *Mejora continua*: elevar los resultados de calidad, detectando oportunidades de mejora, diagnosticando las causas de los fallos y buscando soluciones a los mismos.

Por tanto, el concepto de calidad ha cambiado sustancialmente desde un enfoque de *control*, que hace referencia a la comparación entre las características reales que tiene un producto y las que se considera que debería tener según las especificaciones establecidas, hasta el enfoque de *gestión de calidad*, en el que se tienen en cuenta la prevención como factor clave

para el sistema y las expectativas y necesidades del cliente. En la **Tabla 7**, se presentan las diferencias más significativas en estos dos enfoques históricos.

Tabla 7. Diferencias entre el control de calidad y la gestión de calidad⁴⁶

Control de calidad	Gestión de la calidad
Orientación al producto final.	Orientación a todas las actividades.
Detección de errores de producto.	Previene los errores de productos y servicios.
Se centraliza en el departamento de control de calidad.	Se desarrolla en todos los departamentos.
La producción y el control de calidad son dos procesos autónomos.	La calidad está integrada en el proceso de producción del producto o del servicio.
El cliente está remotamente relacionado.	El cliente es pieza fundamental.
Sin tener muy en cuenta la competencia.	Se lleva a cabo el <i>benchmarking</i> .
La responsabilidad recae sobre el jefe de control de calidad.	La responsabilidad la tiene la Dirección, con el gerente a la cabeza como pieza indispensable para que el sistema funcione.
Los costes son altos en cuanto a fallos y valoración y bajos en prevención.	La fuerte inversión en prevención implica una disminución de los costes por fallos y valoración.

Gestión de Calidad Total

El sistema de *gestión de calidad total* también es conocido comúnmente por las siglas TQM (Total Quality Management), PMC (Proceso de Mejora Continua), QIP (Quality Improvement Process), CTC (Control Total de Calidad), TQC (Total Quality Control), entre otras denominaciones. En la literatura que existe sobre este tema se pueden encontrar todos estos sobrenombres pero no son más que diferentes acepciones de lo mismo.

Se define como una “estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente y coordinada de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.”, Se concibe como un instrumento de cambio en cuanto a que incorpora la implicación de las personas y la delegación de responsabilidad para la mejora de los procesos. La gestión de los procesos orientados al cliente constituye uno de los pilares sobre los que pivota una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia. Así pues, la gestión de la calidad se establece no como resultado, sino como una estrategia de gestión que engloba e implica a toda la organización.

La gestión de la calidad total está orientada a crear conciencia de calidad en todos los procesos de la organización y ha sido ampliamente utilizada en todos los sectores, desde la industria a la

educación, el gobierno y las empresas de servicios, entre ellas, las de servicios sanitarios. Por lo tanto, no existe un modelo único o estándar de sistema de gestión, cada organización tiene que diseñar una metodología de acuerdo a su propia realidad.

(5º) Excelencia en la gestión

El modelo de excelencia empresarial no es más que una evolución o adaptación del modelo de calidad total en las empresas europeas, considerando a la vez, la satisfacción de los clientes, de las personas, de la sociedad y la eficiencia económica.

Se basa en ocho conceptos fundamentales:

1. Orientación a los resultados.
2. Orientación a los clientes.
3. Liderazgo y coherencia.
4. Gestión por procesos y hechos.
5. Desarrollo e implicación de las personas.
6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora.
7. Desarrollo de alianzas.
8. Responsabilidad social de la organización.

1.3.2. HERRAMIENTAS DE APOYO A LA GESTIÓN Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES

1.3.2.1. La gestión por procesos

El objetivo de la gestión por procesos en las organizaciones es asegurar que todas las actividades se desarrollen de forma coordinada, mejorando los resultados de efectividad y de satisfacción de todas las partes interesadas: los pacientes, los profesionales y la administración sanitaria. Ésta se basa en considerar la organización como un sistema de procesos que, relacionados entre sí mediante vínculos causa-efecto, contribuyen a los objetivos de la organización. Es decir, considerando al proceso como el conjunto de actividades mutuamente relacionadas, las cuales transforman elementos de entrada en resultados⁵⁰.

Los procesos pueden ser de tres tipos:

- *Procesos operativos o clave*: aquellos que transforman los recursos para obtener el producto o servicio conforme a los requisitos del cliente.

- *Procesos estratégicos*: aquellos que establecen las bases para el correcto funcionamiento y control de la organización, alimentando y sirviendo de guía y control a los procesos operativos.
- *Procesos de soporte o apoyo*: son los que proporcionan todos los recursos (personales, materiales y mecánicos) necesarios para el resto de los procesos.

Las principales diferencias entre la gestión por funciones, más tradicional, y la gestión por procesos se presentan en la **Tabla 8**.

Tabla 8. Diferencias entre la gestión por funciones y la gestión por procesos⁴⁶

Gestión por funciones	Gestión por procesos
La estructura es una agregación de departamentos independientes que funcionan autónomamente.	La estructura es un conjunto de flujos de actividades interrelacionadas que consiguen el producto/servicio final centrándose en el cliente
La Dirección marca objetivos, logros y actividades independientes para cada departamento.	La Dirección marca objetivos cuantificables globales, desglosando objetivos parciales dentro de la organización.
La suma de logros parciales es el logro de los objetivos globales de la organización.	La coordinación de esfuerzos parciales es el logro de objetivos globales de la organización.
La representación gráfica es el organigrama.	La representación gráfica es el mapa de procesos.
Los indicadores definidos son “de desempeño”.	Los indicadores definidos son “de resultado”.

La implantación de la gestión de procesos se ha evidenciado como una de las herramientas de mejora de la gestión más efectivas para todos los tipos de organizaciones⁴⁶. Para ello, es necesario establecer, por una parte, los *indicadores del proceso*, que ayudan a medir objetivamente la evolución del mismo, y, por otra parte, un *propietario del proceso*, que es el responsable que asegura que se cumplen los objetivos, establece y mantiene la relación con los propietarios de otros procesos, controla el desarrollo del proceso y gestiona la mejora del proceso.

Las fases que integran la metodología y la dinámica de la gestión por procesos se construyen sobre 6 etapas fundamentales⁵¹:

- I. Definir la misión de la organización.
- II. Identificar los procesos y clasificarlos como procesos operativos, estratégicos y de apoyo.
- III. Establecer relaciones entre los procesos.
- IV. Realizar el *mapa de procesos*, que es la representación gráfica de todos los procesos que se llevan a cabo, distinguiendo entre los distintos tipos de procesos y su relación entre ellos: los procesos operativos, que conforman la cadena de valor de la

organización, cuya salida es el producto o servicio al cliente externo; los procesos estratégicos, que alimentan a los clave “por arriba”, en forma de guías, controles o normas; y los procesos de soporte, que alimentan “por abajo”, en forma de suministradores de recursos.

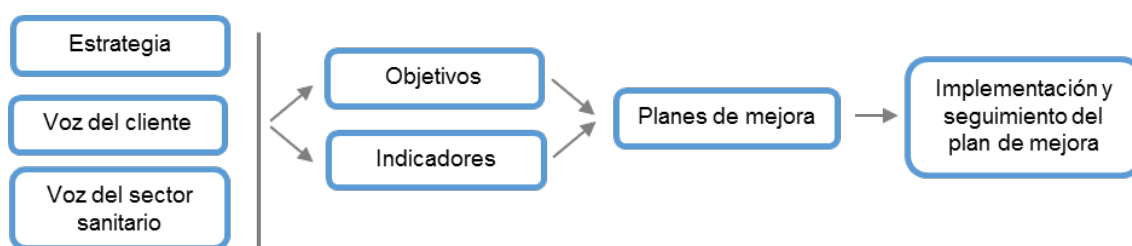
- V. Describir y diseñar los procesos e identificar los responsables de los mismos.
- VI. Elaborar un plan de mejora continua de los procesos: optimiza los procesos existentes, eliminando las operaciones que no aportan valor y reduciendo los errores o defectos del proceso. Permite adaptarse a los cambios en el mercado y satisfacer permanentemente las necesidades y expectativas cada vez más exigentes de sus clientes. El ciclo de Deming (PHVA) es una herramienta útil para desarrollar la mejora continua.

1.3.2.2. La gestión de riesgos

Existen técnicas y herramientas a través de las cuales se lleva a cabo la gestión de riesgos en la actualidad en el ámbito sanitario y que sirven como apoyo para dirigir y gestionar la gestión de riesgos y los planes de mejora de las organizaciones o áreas de trabajo específicas.

Abarcan desde el análisis de una organización, como conocimiento previo de la situación, las actividades, los clientes y el entorno, hasta la implementación y seguimiento de un plan de mejora, tal y como se presenta en la **Figura 2** y como se detalla a continuación^{46,52-54}:

Figura 2. Herramientas de apoyo a la gestión y mejora de organizaciones basadas en la gestión de riesgos



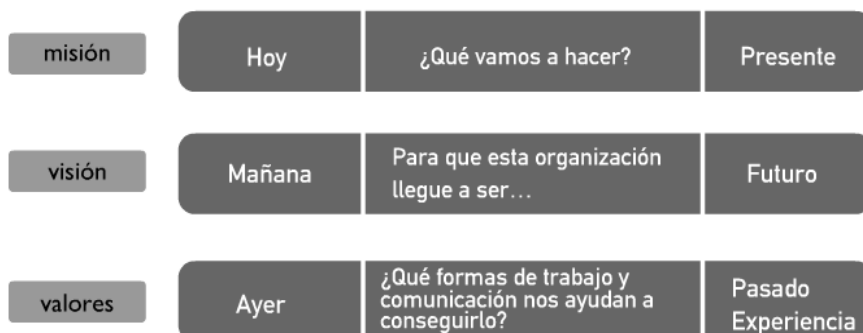
(Adaptado de *Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo*⁵²)

La estrategia

Una herramienta útil para expresar la estrategia es la definición de la Misión, Visión y Valores (MVV) de la organización. La *misión* es la razón de ser de la organización; la *visión* se define como el tipo de organización al que quiere llegar a ser; los *valores* hacen referencia a las

formas de trabajar que se llevan a cabo, como reglas y normas que describen la actitud general y las relaciones profesionales de la organización. Se presenta en la **Figura 3**.

Figura 3. Misión, Visión y Valores de una organización⁵²

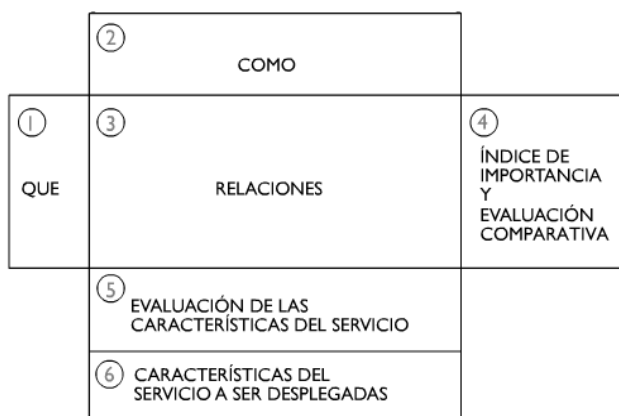


Dentro de la estrategia es necesario también identificar los GI de la organización para detectar las necesidades y expectativas de los mismos, y elaborar un plan conforme a las mismas.

La Voz del cliente

Existen métodos tradicionales para escuchar la Voz del cliente, como pueden ser las encuestas, reclamaciones, entrevistas, etc. Entre las herramientas innovadoras para identificar la Voz del cliente destaca la QFD (*Quality Function Deployment*), que se define como un despliegue funcional de la calidad de los servicios que se prestan, enfocada a satisfacer a los clientes de la organización. Responde a la pregunta: *¿cómo conseguir que nuestras actividades se alineen con las necesidades del cliente para así darle un servicio satisfactorio?* La metodología de esta herramienta se basa en la **Figura 4**.

Figura 4. Metodología de la herramienta Quality Function Deployment⁵².



La Voz del sector sanitario

Para escuchar la Voz del sector sanitario, destaca el análisis DAFO, que consiste en un estudio de factores internos (Debilidades y Fortalezas) y factores externos (Amenazas y Oportunidades). Esta herramienta es muy utilizada para conocer la situación real en la que se encuentra una organización, así como el riesgo y oportunidades que le brinda el entorno en que opera.

Asimismo destacan las técnicas de *benchmarking*, como método de aprendizaje de otras organizaciones. El *benchmarking* es una herramienta basada en procesos, no en resultados, que se define como el proceso sistemático y continuo para evaluar y comparar los productos, servicios, procesos, etc. de organizaciones reconocidas como líderes, con objeto de mejorar una organización. Representa una potente herramienta de gestión de calidad: compararnos con nosotros mismos en etapas anteriores puede ayudar a mejorar, y de hecho éste ha sido el método tradicional de mejora, pero buscar a los mejores y aprender de ellos es quizás la herramienta más potente. En el terreno sanitario y, más concretamente, en la FH, se practica una política de puertas abiertas y están emergiendo iniciativas útiles de *benchmarking* en los diferentes niveles de la asistencia sanitaria, desde el SNS como concepto amplio hasta lo más específico del rango de la FH.

Los objetivos

Es necesario establecer unos objetivos que sirvan de orientación del trabajo hacia un resultado. Éstos pueden ser estratégicos (para toda la organización), funcionales (para un equipo concreto) e individuales. Los objetivos deben cumplir una serie de atributos: ser medibles, alcanzables, desafiantes y comprometedores, deben involucrar al personal y poder desarrollarse en planes de actuación.

Los indicadores

Son el valor numérico que mide el comportamiento y evolución de una actividad, área o proceso. Sirven de referencia para el seguimiento, control y evaluación del cumplimiento de los planes y permiten su mejora continua. Permiten visualizar el cumplimiento de los objetivos y tomar decisiones basadas en ellos. Los indicadores deben cumplir igualmente una serie de atributos: ser trascendentes, económicos, oportunos, precisos, válidos, sensibles y fiables.

Existen diferentes criterios para clasificar los indicadores y así se distinguen diferentes tipos:

- *Indicadores de gestión*: se utilizan sobre el sistema de gestión de forma global, evaluando el desempeño de la Dirección de la organización. Pueden ser de eficacia, de eficiencia, de productividad y de rentabilidad.
- *Indicadores operacionales*: miden el desempeño de cada una de los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones. Pueden ser: de conformidad, de rendimiento, de satisfacción y de seguridad.
- *Indicadores de servicio*: miden la calidad del servicio ofrecido a los clientes. Al igual que los indicadores operacionales pueden ser de conformidad, rendimiento y satisfacción.
- *Indicadores de estructura*: miden cómo el sistema está organizado y equipado. Permiten saber si los recursos están disponibles y organizados, para facilitar la atención al usuario.
- *Indicadores de proceso*: miden si todos los pasos de un proceso se hicieron correctamente, centrados en cómo se presta el servicio.
- *Indicadores de resultado*: miden la efectividad del servicio, el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Pueden reflejar aspectos deseados o adversos. Son los indicadores más usados.

La norma UNE 66175 define *cuadro de mando* como la herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la Dirección y a las funciones responsables una visión comprensible del negocio o de su área de responsabilidad. Es la representación de la estrategia de la organización a través de objetivos que están relacionados entre sí, que se miden a partir de indicadores.

Los planes de mejora

A partir del análisis de situación y de la lista de riesgos identificados, es necesario realizar un análisis para clasificar y/o priorizar los mismos. En este punto, pueden resultar útiles las siguientes herramientas:

- *Análisis de Causa Raíz (ACR)*: identifica explícitamente qué y cómo ocurrió, qué factores contribuyeron al evento adverso, cuál fue su causa raíz y cómo prevenir que vuelva a ocurrir.
- *Análisis de los Modos posible de Fallo y de sus Efectos (AMFE)*: consiste en buscar todos los posibles fallos/riesgos, asignar prioridad a cada uno de ellos mediante una matriz de riesgos en función de la probabilidad y el impacto/gravedad, actuar de forma preventiva sobre los seleccionados y medir los resultados de nuestra acción.

Una vez identificados los riesgos y tras un análisis de los mismos, es necesario elaborar un plan de mejora. Éste debe incluir la comunicación, asignación y delegación de responsabilidades, tareas, procedimientos, objetivos e indicadores relacionados; debe fomentar el trabajo en equipo involucrando a las personas y los grupos que, en primera línea, se encargarán de su gestión y seguimiento. Asimismo, debe incluir un calendario y presupuesto de implementación.

Un buen despliegue consigue una mejor comunicación, participación, trabajo en equipo, cooperación interdisciplinar, sistematización de la mejora continua en la planificación anual.

Implementación y seguimiento del plan de mejora

La implementación y seguimiento de un plan debe incluir la evaluación de objetivos e indicadores, la identificación de nuevos riesgos y la monitorización del cumplimiento del plan. Asimismo, durante todo el proceso, la comunicación interna debe proporcionar información constante acerca del estado del plan a través de reuniones, informes, etc. en los que se involucre a todos los miembros de la organización.

1.3.3. MODELOS DE CALIDAD Y EXCELENCIA EN LA GESTIÓN

Las herramientas descritas en el apartado anterior son de utilidad para que cualquier organización sanitaria implemente un plan de calidad y establezca un SGC adaptado a sus necesidades y expectativas. Sin embargo, las organizaciones demandan que el mercado reconozca estos sistemas particulares de calidad. De aquí nace la necesidad de adecuar el sistema de calidad a los sistemas o modelos más reconocidos internacionalmente.

En el ámbito sanitario, en primer lugar, destacan el modelo de certificación por las normas ISO 9000 y la acreditación hospitalaria por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Ambos son SGC basados en el concepto de *aseguramiento de la calidad*: aunque en ellos se anima a la mejora continua, estos sistemas no son suficientemente evolucionados para conseguir mejoras permanentes de los procesos. El hecho que los centros sanitarios propongan un objetivo de porcentaje de defectos aceptable y se limiten a conseguirlo ha sido muy criticado por Deming y otros autores, pues es poco ambicioso y evita la mejora de la competitividad⁴⁷. Pero, a pesar de ello, estos sistemas de aseguramiento son el trampolín perfecto para consolidar otros sistemas de calidad más evolucionados, como el de la calidad total.

El primer modelo de calidad total se instauró en Japón con el Premio Deming en 1951; posteriormente, en el año 1987 en EEUU se creó el premio Malcolm Baldrige, que dispone de una adaptación específica para el sector sanitario.

El desarrollo de la calidad total a escala internacional ha dado lugar a la aparición de los modelos de *excelencia en la gestión*, que sirven como instrumento de autoevaluación para las organizaciones. Estos modelos se aplican como guía de referencia en la búsqueda de la excelencia empresarial, entendiéndola como la forma de actuar de las organizaciones que satisfacen las necesidades del mercado, son líderes en su sector, están bien gestionadas, cumplen sus objetivos y obtienen una elevada rentabilidad.

De todos ellos, el modelo más utilizado en el entorno sanitario es el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation for Quality Management –EFQM*), desde 1988, aunque éste no sea un modelo creado en primera instancia para el ámbito sanitario.

A continuación se presentan las principales características de cada uno de ellos.

1.3.3.1. Normas de la Serie ISO 9000

Con el fin de estandarizar los SGC, en 1987 se publican las Normas ISO 9000, un conjunto de normas de carácter voluntario sobre el aseguramiento de la calidad de los procesos, editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización. De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad. En ellas se establecen los requisitos y características que un producto, servicio, proceso, sistema o persona debe cumplir. Es la norma de certificación más extendida en nuestro país en el ámbito industrial y de servicios, y que se ha ido introduciendo paulatinamente en el sector sanitario.

La familia de Normas ISO 9000 (UNE-EN-ISO 9000) hacen referencia a la implantación de un SCG en una organización. La norma ISO 9000 ha sido creada para todo tipo de organizaciones y, por lo tanto, requiere una adaptación a la actividad, complejidad y tamaño de la organización o servicio en el que se desea implantar. Se basa en los siguientes principios básicos⁵⁰:

- *Enfoque al cliente*: las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberán identificar a los clientes, conocer y comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos de los clientes y esforzarse en exceder sus expectativas.

- *Liderazgo*: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- *Participación del personal*: el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- *Enfoque basado en procesos*: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- *Enfoque de sistema para la gestión*: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- *Mejora continua*: la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- *Enfoque basado en hechos para la toma de decisión*: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- *Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor*: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

La Norma ISO 9001:2008⁵⁵ puede utilizarse para obtener un certificado. En ella se definen los requisitos mínimos del SGC necesarios para alcanzar la satisfacción del cliente. Una vez obtenida la certificación por la Normas ISO, es necesario realizar una auditoría anual para revisar el cumplimiento del plan, realizar un seguimiento de los indicadores y acciones correctivas y auditar los elementos no auditados previamente, comprobando los cambios realizados en los procedimientos. Cada tres años se realiza una auditoría de renovación.

La Norma ISO 9004:2009⁵⁶ es un planteamiento de mejora permanente de la calidad, e incluye medidas prácticas de autoevaluación para implantar mejora continua.

Muchos de los conceptos introducidos en los requisitos ISO son difíciles de trasladar a la asistencia sanitaria, dado que las ISO se centran mayoritariamente en la producción y, emplean un lenguaje distinto al del sector sanitario. Por este motivo, se ha editado el documento *UNE-EN 15224. Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos basados en la Norma EN ISO 9001:2008*⁵⁷, última actualización de junio de 2013, en la que se realiza una importante aproximación al campo sanitario. El documento tiene por objetivo, servir de ayuda en el desarrollo y mejora de un SGC en los servicios sanitarios.

La Norma ISO 9001:2015⁵⁸ es la quinta y última actualización de la Norma. En ella se revisa el lenguaje para que éste sea más comprensible. Además incluye cambios con respecto a las versiones anteriores: se refuerza el enfoque a procesos, convirtiéndose en el apartado denominado “Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos”, centrado en el incremento de la gestión y control de las interacciones existentes entre procesos y jerarquías funcionales de cada organización; los registros y documentos pasan a denominarse “información documentada”; se amplía el concepto de cliente a “parte interesada”; se introduce el concepto de “control de cambios” muy ligado a modelos de excelencia; se insta a las organizaciones al aprovechamiento de las oportunidades de mejora; se fortalece el compromiso del liderazgo; etc. Podría considerarse el cambio más significativo la introducción del concepto “pensamiento basado en riesgos”. Este concepto se introduce en la totalidad del sistema de gestión, es decir, durante el establecimiento, implantación, mantenimiento y mejora. De esta forma se elimina el concepto de “acción preventiva”, debido a que es el propio SGC el que debe actuar como herramienta preventiva, con la necesaria evaluación constante de los riesgos y oportunidades y la implantación de planes para hacerles frente.

Además de la serie de ISO 9000:2000 existen otras normas ISO de trascendencia, como son la ISO 19011:2002, que establece las directrices para la auditoría de los SGC y/o ambiental, y las Normas de la serie 14000 (ISO 14001 y 14004) que tratan la gestión de la calidad del medio ambiente.

1.3.3.2. Modelo Joint Commission

La institución de acreditación sanitaria JCAHO fue creada en 1951 por instituciones representativas del sector sanitario a partir de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, organización estadounidense que acreditaba centros que satisficieran determinados estándares de calidad.

A finales de los años 90 y como resultado de la experiencia en el ámbito nacional, se creó una rama internacional, la *Joint Commission International*, con el propósito de llevar la acreditación por todo el mundo, con un modelo más adaptable a las diferentes realidades internacionales. En España, es la Fundación Avedis Donabedian, institución privada sin ánimo de lucro, la encargada de ofrecer a los centros sanitarios españoles la posibilidad de una evaluación utilizando los criterios y procedimientos de la JCAHO.

El modelo actual consiste en una evaluación por funciones que se miden en toda la organización sanitaria. Existen dos tipos de funciones, las funciones con estándares centrados

en el paciente y las funciones con estándares de gestión de la organización. En la última actualización se han incluido estándares para funciones de docencia e investigación. Los estándares son los requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados. Cada estándar contiene tres partes: el estándar, la intención y el elemento medible que se registrará (aquellos requisitos del estándar que serán revisados). Existen 368 estándares y 1.033 elementos medibles. En la **Tabla 9** se presenta un esquema del modelo con las funciones que se evalúan⁵⁹.

Tabla 9. Funciones evaluadas con el modelo Joint Commission (estándares internacionales)

Funciones con estándares centrados en el paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso y continuidad de la atención. • Derechos de los pacientes y las familias. • Evaluación de los pacientes. • Atención de los pacientes. • Anestesia y atención quirúrgica • Gestión y uso de medicamentos • Educación del paciente y de su familia
Funciones con estándares de gestión de la organización sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la calidad y la seguridad del paciente • Prevención y control de infecciones • Gobierno, liderazgo y dirección • Gestión y seguridad de la instalación • Cualificaciones y educación del personal • Gestión de la información
Funciones con estándares de docencia e investigación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación de profesionales médicos • Investigación con sujetos humanos

El proceso de evaluación reúne información sobre el cumplimiento de los estándares en toda la organización y la decisión de acreditación se basa en el nivel general de cumplimiento encontrado en toda la organización. Es decir, no se puede acreditar un único servicio, sino que ha de acreditarse el hospital en su totalidad, aunque existen estándares específicos para cada servicio.

1.3.3.3. Modelo Deming

Este modelo responde a un premio instaurado en Japón como forma de promover el desarrollo continuo del control de calidad en este país. Actualmente pueden optar al premio las empresas e individuos que demuestren su excelencia en la gestión de la calidad. Aunque en un principio estaba restringido a empresas japonesas, actualmente se puede acceder a dicho premio a nivel internacional.

Para acceder al premio se evalúan 6 áreas diferenciadas de la organización^{46,48}:

1. Política de la compañía.
2. Organización y administración.
3. Educación y extensión.
4. Ejecución del programa de control total de calidad.
5. Impacto del control total de calidad.
6. Planes futuros.

1.3.3.4. Modelo Malcolm Baldrige

El premio Malcolm Baldrige a la calidad se constituyó en 1982 en EEUU, y tiene como objetivo estimular la competitividad, calidad y productividad de una organización. Existen tres áreas de con criterios diferenciados: negocios, educación y salud. Concede una enorme importancia al enfoque, al cliente y a su satisfacción.

Los criterios en los que se basa el modelo, representados en la **Figura 5**, son los siguientes⁴⁶:

- *Liderazgo*: cómo la Dirección establece y comunica al personal las estrategias y la dirección empresarial, y busca oportunidades.
- *Planificación estratégica*: cómo la organización plantea la dirección estratégica del negocio y cómo esto determina proyectos de acción claves, así como la implementación de dichos planes y el control de su desarrollo y resultados.
- *Enfoque al cliente y al mercado*: cómo la organización conoce las exigencias y expectativas de sus clientes y su mercado. Así mismo, en qué proporción todos, pero absolutamente todos los procesos de la empresa están enfocados a brindar satisfacción al cliente.
- *Información y análisis*: examina la gestión, el empleo eficaz, el análisis de datos e información que apoya los procesos clave de la organización y el rendimiento de la misma.
- *Desarrollo y gestión de recursos humanos*: examina cómo la organización permite a su mano de obra desarrollar su potencial y cómo el recurso humano está alineado con los objetivos de la organización.
- *Estandarización*: examina aspectos como factores claves de producción, entrega y procesos de soporte. También cómo son diseñados estos procesos, cómo se administran y se mejoran.
- *Resultados de negocio*: examina el rendimiento de la organización y la mejora de sus áreas claves de negocio: satisfacción del cliente, desempeño financiero y rendimiento de mercado, recursos humanos, proveedor y rendimiento operacional. La categoría también examina cómo la organización funciona en relación con sus competidores.

Figura 5. Criterios en los que se basa el modelo Malcolm Baldrige⁴⁶



1.3.3.5. Modelo EFQM de excelencia

La Fundación EFQM es una organización sin fines lucrativos fundada en 1988 por 14 importantes empresas europeas con la finalidad de potenciar la posición de las compañías europeas en mercados internacionales, promoviendo los principios de mejora continua de la calidad en las organizaciones. Se creó con la finalidad de fomentar un enfoque de gestión que condujera a una excelencia sostenida, en el contexto de competitividad global creciente, rapidez de innovación tecnológica, procesos de trabajo en cambio continuo y movimiento frecuente de las economías, en las sociedades y en los clientes. Actualmente, la red de miembros de la EFQM está integrada por organizaciones públicas y privadas de todos los tamaños y sectores de actividad. Aprovecha el conocimiento de los ejecutivos y mandos intermedios de sus organizaciones y extrae las mejores prácticas de gestión. Muchas de estas organizaciones han servido de modelo para otras gracias a la filosofía de la EFQM de “compartir lo que funciona”⁶⁰.

La EFQM está representada en los distintos países europeos a través de las *National Partners Organizations*. El Club Excelencia en Gestión (CEG) se fundó en España en 1991 por 21 empresas españolas y es *Primary Partner* de la EFQM para nuestro país desde 1994, siendo la única organización en España con licencia para ofrecer los productos y servicios de la EFQM⁶¹.

En 1991, con financiación de la Unión Europea, la EFQM creó un modelo de evaluación de la calidad destinado a facilitar la introducción de la gestión de la calidad total en las empresas europeas. Desde 1999 dicho modelo se conoce como “Modelo EFQM de Excelencia”. El modelo es flexible, siendo revisado y actualizado periódicamente porque necesita adaptarse al ritmo de los cambios de las organizaciones. En el año 2003, en 2010 y, por último, en 2013, se han realizado actualizaciones del mismo.

Este modelo de excelencia comenzó a aplicarse preferentemente a empresas e industrias ajenas al sector sanitario y al sector público⁶². A diferencia del modelo JCAHO, que se generó en el medio sanitario, el modelo EFQM es un modelo importado y adaptado.

El modelo de excelencia EFQM es un instrumento práctico y no prescriptivo basado en el concepto de gestión de la calidad total. Se caracteriza por la implicación de las personas y la gestión de los procesos orientados al cliente. Permite obtener una visión global de cualquier organización sea cual sea su tamaño, sector o nivel de madurez, permitiendo a las organizaciones desarrollar una cultura de excelencia, acceder a buenas prácticas, impulsar la innovación y mejorar sus resultados. Las organizaciones verdaderamente excelentes se miden por su capacidad para conseguir y sostener en el tiempo resultados excelentes para todos sus GI⁶³.

1.3.3.5.1. Componentes del modelo

El modelo se materializa mediante la integración de tres componentes que garantizan una metodología adecuada para garantizar la mejora continua y la excelencia sostenida^{60,63}.

- I. Conceptos fundamentales de la excelencia
- II. Modelo EFQM de excelencia
- III. Esquema Lógico REDER

I. Los **8 conceptos fundamentales de la excelencia** describen los cimientos esenciales para que cualquier organización alcance una excelencia sostenida y pueden utilizarse como base para describir los atributos de una cultura excelente. Se representan en la **Tabla 10** y en la **Figura 6**.

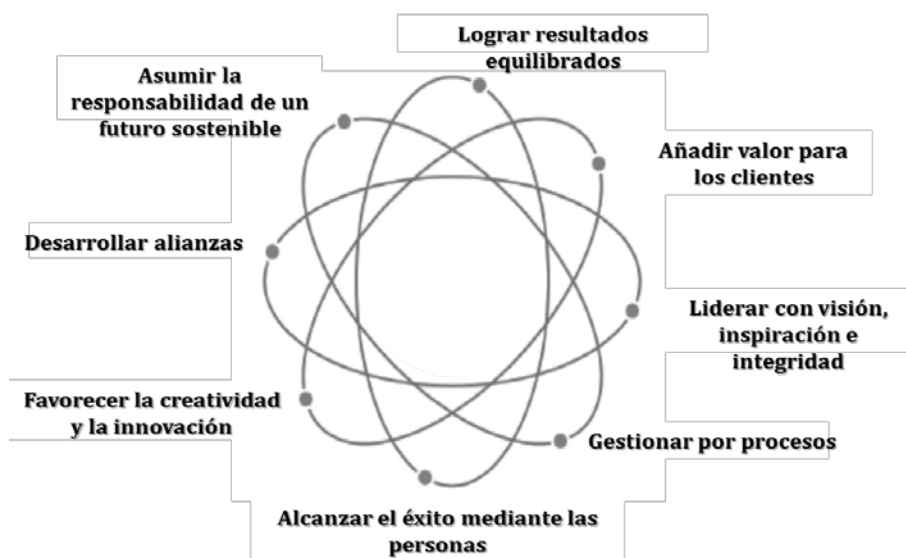
Tabla 10. Modelo EFQM: conceptos fundamentales de la excelencia (actualización 2010)

Lograr resultados equilibrados: Las organizaciones excelentes hacen realidad su misión y avanzan su visión mediante la planificación y el logro de un conjunto equilibrado de resultados que satisface las necesidades a corto y a largo plazo de los grupos de interés y, cuando conviene, lo supera.

Añadir valor para los clientes: Las organizaciones excelentes saben que los clientes constituyen su razón de ser principal y se esfuerzan por innovar y crear valor para ellos comprendiendo sus necesidades y expectativas y anticipándose a ellas.

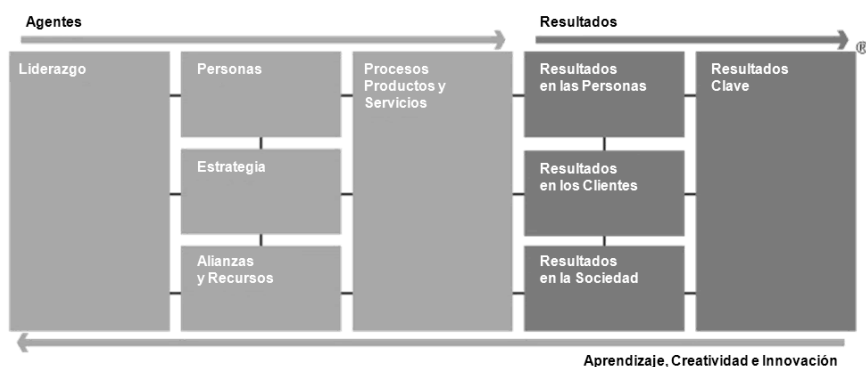
Liderar con visión, inspiración e integridad: Las organizaciones excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos.
Gestionar por procesos: Las organizaciones excelentes se gestionan mediante procesos estructurados y alineados estratégicamente a partir de decisiones basadas en datos y hechos para obtener resultados equilibrados y sostenidos.
Alcanzar el éxito mediante las personas: Las organizaciones excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura de la delegación y asunción de responsabilidades que permite alcanzar los objetivos personales y de la organización de manera equilibrada.
Favorecer la creatividad y la innovación: Las organizaciones excelentes generan mayor valor y mejores resultados a través de la innovación continua y sistemática que aproveche la creatividad de sus grupos de interés.
Desarrollar alianzas: Las organizaciones excelentes buscan, desarrollan y mantienen alianzas con partners basadas en la confianza y para asegurarse el éxito mutuo. Estas alianzas pueden constituirse con, por ejemplo, clientes, la sociedad, proveedores clave, entidades educativas u organizaciones no gubernamentales (ONGs)
Asumir responsabilidad de un futuro sostenible: La cultura de las organizaciones excelentes se fundamenta en un conjunto de normas éticas y valores, y unas normas exigentes de comportamiento; lo que les permite avanzar hacia una mayor sostenibilidad económica, social y ambiental.

Figura 6. Modelo EFQM: conceptos fundamentales de la excelencia (actualización 2010)



II. La aplicación práctica de los 8 conceptos fundamentales se pone en práctica mediante un **modelo multidimensional compuesto por 9 criterios** que permiten comprender las relaciones causa-efecto que existen entre lo que la organización hace y los resultados que alcanza. Los criterios están agrupados en 5 criterios “agentes facilitadores” que tratan sobre *lo que la organización hace*, y 4 criterios de “resultados” que tratan sobre *lo que la organización obtiene*. Los criterios de resultado son consecuencia de los agentes facilitadores, y los agentes facilitadores se mejoran utilizando la información procedente de los criterios de resultado. Cada uno de estos criterios consta a su vez de varios subcriterios, hasta sumar un total de 32 subcriterios (24 subcriterios facilitadores y 8 subcriterios de resultado).

En la **Figura 7**, se representa el esquema del modelo.

Figura 7. Criterios del modelo EFQM (actualización 2010)

El modelo entrelaza todos los criterios afirmando que “los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad se logran mediante el liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas, los recursos y los procesos” o, dicho de otra manera, “la satisfacción de los clientes y la satisfacción de los empleados, así como el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y la estrategia, la gestión del personal, los recursos y los procesos hacia la consecución de los resultados de la organización.”

En el **Anexo III**, se definen los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

Uno de los objetivos del modelo es lograr la plena integración de los conceptos fundamentales y el marco del modelo. En el **Anexo IV** se presenta una serie de relaciones que de manera directa o indirecta se pueden encontrar entre los conceptos fundamentales y los criterios y subcriterios del modelo.

III. Por último, el **esquema lógico REDER** es la herramienta de gestión y esquema dinámico de evaluación que permite a la organización afrontar los retos que debe superar para hacer realidad la excelencia sostenida. Proporciona un enfoque estructurado para analizar el rendimiento de la organización y también sirve de base al sistema de puntuación del premio EFQM a la excelencia.

REDER (*RADAR* en inglés) corresponde al acrónimo formado por las iniciales de los cuatro elementos: Resultados (*Results*), Enfoque (*Approach*), Despliegue (*Deployment*), Evaluación y Revisión (*Assessment / Review*), representado en la **Figura 8**. La lógica REDER anima a las organizaciones a ser claras en relación a los *resultados* que deseen conseguir, como parte clave de la formulación de su política y estrategia. A continuación, se tendrá que planificar y desarrollar un conjunto integrado de *enfoques* fundamentados, diseñados para conseguir los

ya mencionados resultados. Estos enfoques se implantarán sistemáticamente con la finalidad que el *despliegue* se lleve a cabo de manera estructurada. Las actividades de medida, aprendizaje y mejora que se deriven de la *evaluación* y *revisión* se utilizarán para conseguir que los enfoques sean más efectivos.

Figura 8. Modelo EFQM: esquema lógico de REDER



Se puede decir que el modelo REDER es una variante del ciclo de Deming (PHVA). La diferencia más importante es que el modelo REDER sugiere que antes de planificar lo que vamos a hacer (lo que se denomina un *enfoque*) es necesario determinar los resultados que se quieren mejorar (los objetivos). Esto refuerza la importancia de la relación causa-efecto entre proceso y resultados.

Cada uno de los cuatro elementos dispone de una serie de atributos, que se presentan en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Elementos y atributos del esquema lógico de REDER

Análisis de AGENTES FACILITADORES: lo que la organización hace	
Elementos	Atributos a evaluar
ENFOQUE. Lo que una organización planifica hacer y sus razones. Un enfoque sólidamente fundamentado tiene una lógica clara, centrada en las necesidades actuales y futuras de la organización; se hace realidad a través de procesos bien definidos; y tiene una clara orientación hacia las necesidades de los grupos de interés de los enfoques utilizados. Además, los enfoques deben estar integrados, lo que significa que apoyan claramente la estrategia y están vinculados a otros enfoques, cuando procede. Con el tiempo, los enfoques se habrán perfeccionado incorporando mejoras a su estructura.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sólidamente fundamentado</i> • <i>Integrado</i>
DESPLIEGUE. Lo que se hace para implantar sistemáticamente el enfoque en las áreas consideradas relevantes para dicho enfoque. La implantación es sistemática cuando ha sido planificada adecuadamente y se lleva a cabo de forma apropiada tanto para el propio enfoque como para la organización, que deberá ser capaz de gestionar cambios en los enfoques en un marco temporal adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantado</i> • <i>Sistemático</i>

EVALUACIÓN Y REVISIÓN. Lo que una organización hace para revisar, perfeccionar y mejorar el enfoque y su despliegue. Una organización excelente medirá periódicamente la eficiencia y eficacia del enfoque y su despliegue, y realizará actividades de aprendizaje, y otras que generen creatividad e ideas, para modificar y crear nuevos enfoques. El resultado de la medición, el aprendizaje y la creatividad se utilizará para identificar, establecer prioridades, planificar e implantar mejoras e innovación	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medición</i> • <i>Aprendizaje y Creatividad</i> • <i>Mejora e Innovación</i>
Análisis de RESULTADOS: <i>lo que la organización obtiene</i>	
Elementos	Atributos a evaluar
RELEVANCIA Y UTILIDAD. Los datos deben cubrir todos los aspectos de aquello que se mide, deben ser oportunos, fiables, precisos, estar segmentados adecuadamente y ser coherentes con la estrategia y necesidades y expectativas de los grupos de interés relevantes y cómo inciden unos sobre otros. Deben también estar identificados y priorizados los resultados clave para el grupo de interés analizado.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ámbito de aplicación y Relevancia</i> • <i>Integridad</i> • <i>Segmentación</i>
RENDIMIENTO. En una organización excelente, los resultados muestran tendencias positivas y/o un buen rendimiento sostenido. Se establecen objetivos para los resultados clave. Además, dichos objetivos son adecuados y se alcanzan o superan. Se compara externamente el rendimiento de los resultados clave y dicha comparación es favorable, especialmente en relación con el mejor sector y/o el mejor del mundo. Comprender las relaciones que existen entre los agentes facilitadores clave y los resultados clave de cada grupo de interés permitirá confiar en que este rendimiento positivo será sostenible.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tendencias</i> • <i>Objetivos</i> • <i>Comparaciones</i> • <i>Causas</i>

1.3.3.5.2. La autoevaluación

La EFQM define la autoevaluación como un examen global, sistemático y regular de las propias actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia empresarial⁶⁴. Ésta permite a las organizaciones conocerse mejor a sí mismas y discernir claramente sus puntos fuertes y áreas de mejora, reconocer las carencias más significativas, y de esta forma, ser capaces de poner en marcha planes de acción con los que fortalecerse.

El análisis interno de la organización requiere la elaboración de una Memoria. Consiste en un documento de extensión limitada y formato establecido en el que se documenta el desarrollo de la organización en cuanto a enfoque, despliegue y resultados de cada uno de los criterios y subcriterios del modelo EFQM⁶⁵.

1.3.3.5.3. Niveles EFQM de excelencia

Los niveles EFQM de excelencia se crearon con el fin de ofrecer a las organizaciones un reconocimiento sólido y común a toda Europa para cada una de las etapas que se contemplan en el viaje hacia la excelencia. Comprenden tres escalones⁶⁰:

1. *Compromiso con la excelencia.* Dirigido a aquellas organizaciones que inician la búsqueda de la excelencia; hace hincapié en ayudar a las organizaciones a comprender cuál es su situación actual y establecer prioridades de mejora.

2. *Reconocimiento a la excelencia.* Está basado en una evaluación externa de la organización y se materializa en tres distinciones o sellos de excelencia en función de la puntuación obtenida: 300+, 400+ ó 500+, para las organizaciones que obtienen más de 300, 400 ó 500 puntos, respectivamente.
3. *Premio europeo a la calidad.* La presentación al premio europeo puede considerarse el siguiente paso para las organizaciones que ya han consolidado su Sello EFQM 500+ y quieren seguir avanzando en la ruta hacia la excelencia. La principal diferencia con el sello de excelencia es que la organización entra en competición con otras organizaciones que ya han demostrado tener un excelente sistema de gestión.

1.4. HACIA DÓNDE VA EL MODELO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

A lo largo de las últimas décadas podemos diferenciar etapas que obedecen a distintos hechos y valores que han conformado la actividad del farmacéutico de hospital y el modelo de gestión de los SF. Podemos hablar de una primera etapa, la del farmacéutico comprador-elaborador-dispensador, en la que desarrolla su actividad con el mayor de los rigores técnicos en todas las facetas, con el valor prioritario de asegurar la dispensación del medicamento al paciente.

Una segunda etapa, que se suma a la anterior, nos muestra al farmacéutico implicado con el uso de los medicamentos en el hospital. El farmacéutico desarrolla los sistemas de dispensación, desde la prescripción médica, la validación farmacéutica hasta la dispensación individualizada por paciente y comienza a involucrarse en la calidad de la administración de los medicamentos. El valor que persigue es la seguridad en el uso de los medicamentos. En este sentido, los SF incorporaron sistemas de gestión que aseguran la calidad de los productos finales, como es la familia de las ISO.

En esta línea de aseguramiento de la calidad, la SEFH recomienda en el año 2008, entre las estrategias y los objetivos que se debían alcanzar para el año 2020, que “el 50% de los SF dispongan de un SGC certificado por una compañía externa debidamente acreditada”. Esto implica que el SF asegure que cada uno de sus procesos y/o actividades se realizan siguiendo unas normas que le confieren una garantía de la buena práctica en todas sus acciones. Este porcentaje alcanzó el 22,5% en la encuesta basal realizada en 2010²⁸.

Como apoyo a esta nueva etapa, surgieron en el ámbito concreto de aplicación de la FH algunas iniciativas y herramientas de calidad y *benchmarking*.

- I. *Norma de Calidad de la Farmacia Hospitalaria*^{66,67}: El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos puso en marcha en 2008 un Plan Integral de Calidad, con el fin de favorecer la implantación de SGC en los diferentes ámbitos de actuación profesional, entre ellos, la FH. Nació de la necesidad de crear un modelo integrado de gestión de la calidad, el medio ambiente, la prevención de riesgos laborales, y la responsabilidad corporativa para estos servicios. De esta forma, se desarrolla la primera Norma de Calidad diseñada específicamente para la FH. Persigue la adaptación de todos los SF a estos estándares de calidad, ya que, como especifica la propia norma, nace con la pretensión de "ser útil como instrumento de mejora, tanto de la gestión del SF como de la prestación sanitaria en general". Es una adaptación de las Normas ISO y, por lo tanto, establece requisitos aplicables a diferentes procesos de los SF (**Tabla 12**). La entidad encargada de supervisar el cumplimiento de estos protocolos y estándares y de dar la certificación sería el propio Consejo en colaboración con la Fundación Ad Qualitatem.

Tabla 12. *Procesos de los SF a los que se aplican los requisitos de la Norma de Calidad del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.*

1.	Planificación del Servicio y diseño de objetivos estratégicos
2.	Definición de los recursos necesarios, tanto humanos (cualificación y formación) como materiales.
3.	Relación del servicio con su entorno y grupos de interés.
4.	Gestión medioambiental, prevención de riesgos laborales y responsabilidad social corporativa.
5.	Gestión de la información y de la comunicación.
6.	Gestión de los procesos asistenciales, docentes y de investigación del servicio.
7.	Herramientas y recursos para la mejora del sistema de calidad.

La Norma fomenta la participación de los profesionales en la gestión del SF, mejorando de esta forma la coordinación del SF con la Dirección del centro hospitalario al que pertenece y favoreciendo una relación más beneficiosa con sus GI. Esto se traduce en una mejora en la atención sanitaria y aumento de la seguridad terapéutica.

- II. *Cuadro de mandos jerarquizado*⁶⁸: dentro del Plan Estratégico 2008-2011 de la Junta Directiva de la SEFH, en la línea estratégica 6.1. *Conocimiento para la acción*, se encuentra el objetivo operativo 6.1.1. *Construir plataformas que facilitan el intercambio de información y la gestión del conocimiento*, en base al cual se justifica el desarrollo de una herramienta de *cuadro de mandos*, herramienta básica para la dirección estratégica de un SF, al igual que para cualquier otra organización⁶⁹.

Desde la SEFH se elabora una estructura general que incluye los niveles e indicadores estratégicos y operativos necesarios, articulándolos de forma adecuada, con el fin de poder pilotar y realizar el seguimiento del funcionamiento de los SF, así como conocer en cualquier momento el estado actual del SF según una escala de valoración global sustentada sobre las valoraciones de los niveles estratégicos y operativos. Por otro lado, se crea una aplicación informática desarrollada a tal efecto, con el objetivo de que sirviera de comparación de los valores de los indicadores propios con la media del resto de hospitales.

- III. *Proyecto Benchfar*⁷⁰: es un programa científico desarrollado por una empresa privada dedicada al *benchmarking* sanitario, para la medición y comparación de indicadores de calidad de los SF. Permite a los SF monitorizarse y compararse sectorialmente en 26 indicadores de calidad agrupados en los siguientes procesos: Formación (1), Investigación (2), Modernización (2), Mantenimiento (2), Errores de preparación, dispensación y administración (4), Gestión armarios dispensadores descentralizados (1), Atención farmacéutica (1), Farmacocinética clínica (1), Elaboración de nutriciones (1), Elaboración de citostáticos (1), Control de stock (2), Satisfacción clientes (8). Al proyecto se incorporaron en 2012 cincuenta SF de toda España, de diferente entidad, públicos y privados, y de diferente nivel de complejidad⁷¹.

Por último, la tercera etapa, en la que la FH está inmersa en la actualidad sin abandonar las anteriores, obedece a un farmacéutico implicado con la obtención de los mejores resultados en salud de la farmacoterapia. La orientación hacia los resultados obliga a introducir herramientas de gestión empresarial y de calidad total, con una tendencia hacia la gestión por procesos. Es decir, el modelo de gestión de los SF ha recorrido la misma ruta que el concepto general de calidad, desde la inspección final de producto, pasando por el control de calidad y el aseguramiento de la misma hasta la gestión de la calidad total y la excelencia en la gestión.

El porcentaje de SF que disponen de un SGC, certificado o acreditado por una compañía externa debidamente acreditada se ha duplicado en un periodo de 5 años, pasando de 22,5% en el año 2010²⁸ hasta el 47,9% en el 2015, siendo la Norma de Calidad más común entre los SF la Norma de la Serie ISO 9000: el 70,3% de los SF está certificado por la Norma ISO 9000⁷².

Sin embargo, la Norma ISO 9000, como modelo de aseguramiento de la calidad, supone una herramienta útil pero incompleta. En ellos se anima a la mejora continua, pero no se dan herramientas prácticas para ello. Por tanto, es necesario evolucionar hacia otros sistemas de calidad basados en la excelencia, como es el modelo EFQM. Éste supone una herramienta

innovadora para que los SF sean capaces de implantar un SGC acorde con su misión y su visión y basado en la mejora continua.

El principal desafío para el futuro de los SF es, por tanto, un cambio en el modelo de gestión en todas sus dimensiones, a través de una nueva orientación de su planificación estratégica y buscando la excelencia en los servicios que presta.

2. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. JUSTIFICACIÓN

Existe gran número de SF en nuestro medio que disponen de SGC certificados, la gran mayoría de ellos mediante la Norma de la Serie ISO 9000⁷². Ésta es una herramienta válida para desarrollar un SGC e introducir procedimientos sistemáticos para obtener una calidad determinada, sin embargo, es insuficiente porque no asegura una mejora permanente de los procesos. El modelo EFQM de excelencia garantiza una búsqueda constante de mejora continua de los procesos mediante una estrategia de gestión que implica a toda la organización, sirviendo como guía de referencia para la mejora de los resultados de la misma y sostener en el tiempo esos resultados excelentes para todos los GI. Se hace necesario validar la implantación del modelo en el ámbito concreto de la FH, donde la experiencia de implantación es limitada, para analizar si es una herramienta útil para mejorar los SGC de los SF.

2.2. HIPÓTESIS

La implantación de un modelo de gestión de la excelencia garantizará un cambio en el SGC de un SF, incorporando una cultura de mejora continua con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles, una mayor seguridad en la asistencia prestada al paciente y mayor satisfacción de los trabajadores y clientes del SF.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Implantar los principios y metodología de un modelo de gestión de la excelencia para la mejora continua de la calidad en el sistema de gestión de un SF, con el fin de obtener un mejor aprovechamiento de los recursos, una mayor seguridad en la asistencia prestada al paciente y una mayor satisfacción de los trabajadores y clientes del SF; y evaluar el impacto de su incorporación en la mejora de los indicadores clave de gestión del SF.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estructurar las iniciativas de mejora llevadas a cabo previamente en el SF, integradas en un SGC basado en la certificación según la Norma ISO 9001:2000, en un sistema organizado de mejora continua de la calidad, basado en el modelo de excelencia EFQM.

2. Establecer planes de mejora en las áreas de mejora detectadas a partir de las evaluaciones interna y externa realizadas.
3. Motivar a los profesionales del SF en la cultura de la calidad total y la mejora continua para una mayor satisfacción e implicación de los mismos.
4. Aumentar el nivel científico-técnico del SF, en términos de difusión y desarrollo del conocimiento generado.
5. Disponer de un sistema objetivo de evaluación de resultados a través de indicadores clave de gestión de la calidad del SF.
6. Adoptar el modelo EFQM como modelo de gestión en un SF, modelo tradicionalmente aplicado al mundo empresarial y otros ámbitos sanitarios pero con limitada experiencia en el ámbito concreto de la FH.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. ÁMBITO

3.1.1. EL HOSPITAL

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) es un hospital de titularidad pública, organización compuesta por más de 7.500 profesionales repartidos en un complejo hospitalario con más de 20 edificios, entre los que se incluyen diversos centros asistenciales, con 1.225 camas de las cuales 148 son pediátricas, además de 2 centros de especialidades y 2 centros de salud mental. Cuenta con todas las especialidades médico-quirúrgicas, equipamiento tecnológico de última generación y una gran actividad docente e investigadora.

En el plano de actividad asistencial cuenta con aproximadamente 60.000 ingresos/año, 250.000 urgencias/año y alrededor de 550.000 consultas externas/año. En la **Tabla 13** se describen los indicadores más significativos de la actividad asistencial del hospital en los últimos años.

Tabla 13. Indicadores de actividad asistencial del HGUGM.

Indicador de actividad asistencial	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº ingresos	64.571	66.350	63.370	59.851	58.151	58.131	60.029
Nº estancias	441.199	435.170	415.680	376.235	372.448	366.899	371.224
Estancia media (días)	8,26	6,56	6,56	6,29	6,40	6,31	6,18
Nº interv. quirúrgicas	32.764	32.179	31.924	29.654	27.728	28.482	29.846
Nº consultas externas	507.208	515.366	540.448	527.009	556.611	577.900	589.725
Nº urgencias	236.683	235.142	236.770	224.698	228.120	229.365	238.637

El alto grado de especialización de sus profesionales, su reconocida capacidad docente e investigadora, además de su elevada dotación tecnológica, le consolidan como un hospital de primer nivel a nivel nacional e internacional. Cuenta con más de 1.000 facultativos especialistas, 1.750 enfermeros y 20 farmacéuticos.

En el ámbito docente, el HGUGM contribuye a la formación anual de más de 500 médicos, enfermeras, farmacéuticos y técnicos especialistas que prestan sus servicios en el centro y también en muchos otros hospitales españoles. En el ámbito de la investigación, cuenta con más de 500 investigadores alineados en torno a un proyecto científico cooperativo, el Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, que centra su actividad investigadora en siete áreas de investigación determinadas por su coherencia y solidez científica, y por la trascendencia social y sanitaria de su actividad investigadora.

3.1.2. EL SERVICIO DE FARMACIA

El SF es un servicio central del HGUGM, y es la entidad que ofrece todos los servicios de dispensación y elaboración de fármacos y atención farmacéutica para todo el complejo del hospital, además de otros adicionales como la realización de ensayos clínicos e investigación. Funciona como un servicio centralizado en todas sus actividades de soporte, y dispone de personal farmacéutico integrado en el equipo asistencial, donde se toman las decisiones clínicas para el desarrollo de programas de atención farmacéutica.

El SF del HGUGM cuenta con los grupos de personal que se presentan en la **Tabla 14**. En la estructura organizativa del hospital, los titulados superiores y los residentes son personal a cargo de la Jefatura del SF, mientras que el personal de enfermería pertenece jerárquicamente a la Dirección de Enfermería del HGUGM.

Tabla 14. Personal del SF del HGUGM (año 2009).

Categorías	Tipo Contrato					Total
	Fijo	Interino	Eventual	Formación	Fundación	
Titulados superiores especialistas	4	10	5		4	23
Titulados superiores					5	5
Residentes Farmacia Hospitalaria				8		8
Diplomados Universitarios de Enfermería	6	2	2			10
Auxiliares enfermería	14	11	5			30
Auxiliares obras y servicios	4	3				7
Administrativos	3		2			5
TOTAL	31	26	14	8	9	93

Los residentes de FH desarrollan trabajo operativo a la vez que reciben formación, al igual que los alumnos de las universidades (Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Alcalá de Henares, Universidad San Pablo – CEU), éstos últimos no presentados en la Tabla al no considerarse personal del SF. El personal de la Fundación para la Investigación Biomédica del HGUGM desarrolla trabajos de investigación principalmente, y no están contratados por el HGUGM sino por el Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

El SF del HGUGM destaca por su alto nivel de automatización en todas las labores rutinarias, mediante la incorporación en los últimos años de nuevas tecnologías en el proceso asistencial: prescripción electrónica y automatización del almacenamiento y dispensación de medicamentos. De esta forma, se han liberado recursos humanos utilizados tradicionalmente para estas actividades, y ha sido posible una reorientación del personal hacia otras labores encaminadas a la mejora de la utilización de los medicamentos.

Hasta el momento de realización del estudio, se definían la misión y visión del SF como se detalla a continuación:

- ✓ **MISIÓN:** *La razón de ser de nuestro SF es dar respuesta eficaz y eficiente a las expectativas de salud relacionadas con los medicamentos de la población y satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros clientes mediante la prestación de servicios integrados de atención sanitaria, docencia e investigación y promoviendo el desarrollo personal y profesional de su equipo humano.*
- ✓ **VISIÓN:** *Nuestra visión es la de ser un servicio con un elevado nivel científico-técnico y una sólida posición competitiva en la Red Sanitaria de Utilización Pública de Madrid, prestando una asistencia eficiente, comprometida y sensible a las necesidades de los clientes y usuarios, a través de la implicación de todas las personas que componen la organización.*

Asimismo, se definían las prioridades estratégicas del SF, expuestas en la **Tabla 15**, en consonancia con las líneas estratégicas del HGUGM.

Tabla 15. Estrategia del SF (año 2009).

LÍNEA ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA
1. AUMENTAR LA COMPETITIVIDAD: MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA	
Asegurar que la utilización de medicamentos sea científica, segura y eficiente	Asegurar la mejora continua del sistema de gestión de la calidad del Servicio.
	Reconfirmar al ingreso de pacientes de alto riesgo el tratamiento pautado extrahospitalariamente.
	Validar las órdenes médicas de los medicamentos de alto riesgo ingresados antes de la administración de la primera dosis.
	Asegurar el conocimiento del paciente sobre el manejo adecuado de su medicación.
	Garantizar la correcta preparación y administración de medicamentos de alto riesgo.
	Informar sobre utilización de medicamentos a los responsables de servicios clínicos.
2. ASISTENCIA PROGRESIVA	
Integración funcional entre los niveles asistenciales del área en todos aquellos aspectos relacionados con la farmacoterapia	Establecer una política de medicamentos basada en la evidencia científica y común para todo el área sanitaria en aquellas patologías comunes.
	Reconciliar al alta de pacientes de alto riesgo el tratamiento pautado.
	Promover de forma coordinada programas de salud pública relacionados con farmacoterapia.
3. AUMENTAR Y DIFUNDIR EL CONOCIMIENTO	
Conciliar la actividad asistencial con la actividad docente e investigadora	Asegurar la calidad de la formación pre y postgrado del personal farmacéutico.
	Asegurar la competencia profesional del personal del Servicio.
	Establecer líneas de Investigación del Servicio.
	Incrementar la participación del Servicio en la Investigación farmacoterapéutica del hospital y fuera del hospital.

El SF establece planes estratégicos anuales en función de las estrategias definidas, con objetivos concretos para cada una de ellas e indicadores que permiten realizar el seguimiento de los mismos.

En cuanto al aspecto concreto de la calidad, el SF ha llevado a cabo iniciativas de mejora de la calidad, evaluación de satisfacción de usuarios y medición del rendimiento de la organización desde su formación, aunque estas iniciativas de mejora carecían de un marco general. En el año 2004, ante una mayor madurez de la organización del SF, contando con la experiencia de las actividades de mejora de calidad realizadas hasta entonces, y en un momento de cambio de las políticas sanitarias (publicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, finalización de las transferencias sanitarias y publicación del Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid⁷³), se planteó la necesidad de realizar un programa de mejora de la calidad en el SF, creando así el Área de Calidad del SF e iniciando a partir de entonces una ruta hacia la excelencia. En ese momento se inició la aplicación de modelos de certificación.

Así, el SF del HGUGM está certificado por la Normas ISO 9001 desde julio de 2005⁷⁴. Una organización certificada por esta Norma queda dotada de potentes herramientas en gestión de recursos, compromiso de la Dirección, recopilación de información objetiva, diagnóstico y mejora, que capacita a la empresa a satisfacer de manera sistemática a sus clientes, empleando en ello la menor cantidad de recursos y costes posibles. La certificación tiene el siguiente alcance:

- Prestación de servicios de gestión farmacoeconómica. Información farmacoeconómica y seguimiento presupuestario.
- Dispensación y distribución de medicamentos. Información farmacoterapéutica.
- Elaboración y dispensación de fórmulas magistrales, preparados oficinales, nutrición parenteral, mezclas intravenosas y citotóxicos.
- Atención farmacéutica a pacientes hospitalizados, ambulantes, externos y consulta externa.
- Farmacovigilancia y estudios de utilización de medicamentos.
- Gestión de medicamentos en investigación clínica.

Asimismo, en 2008 obtuvo la certificación por la Norma ISO 14001^{75,76}, que incluyó en la estructura organizativa la planificación de las actividades, responsabilidades, prácticas, procedimientos, procesos y recursos para desarrollar, implantar, llevar a cabo, revisar y mantener al día la política medioambiental.

Con objeto de avanzar en la misma línea de mejora continua, en el 2009, se decidió aplicar el modelo de excelencia de la EFQM en el SGC del SF.

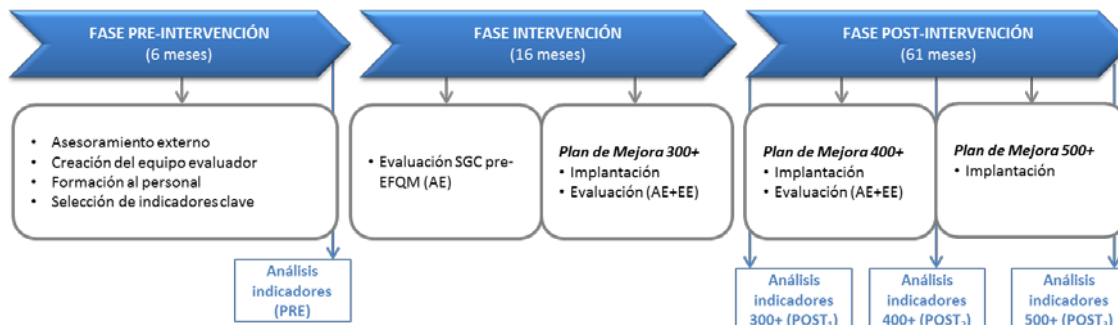
3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de intervención cuasiexperimental ambispectivo con evaluación pre-post. Se comparó el SGC del SF en la fase previa a la implantación del modelo de gestión de la excelencia con respecto a la fase posterior a dicha implantación, mediante la evaluación del impacto de los resultados de indicadores clave relacionados con el SGC en diferentes cortes transversales correspondientes a la implantación de diferentes planes de mejora.

3.3. METODOLOGÍA: ETAPAS DEL ESTUDIO

Este proyecto se desarrolló en 3 grandes fases que se muestran en la **Figura 9**.

Figura 9. Fases del proyecto



AE: autoevaluación; EE: evaluación externa

3.3.1. FASE PRE-INTERVENCIÓN

3.3.1.1. Asesoramiento externo

Con objeto de analizar el modelo de gestión previo y de contrastar externamente y de manera oficial el resultado del avance del SF en el modelo de gestión diseñado e implantado, se contó con una organización externa como equipo consultor, licenciataria del CEG.

Las autoevaluaciones EFQM, la validación de los resultados de las mismas y la elaboración de las Memorias se llevaron a cabo con el apoyo de esta organización.

3.3.1.2. Creación del equipo evaluador

Se constituyó un equipo de trabajo responsable de liderar el proceso de implantación del modelo de excelencia, implicando en el proyecto a las personas responsables de las distintas áreas de actividad del SF. Para ello, se contó con el Comité de Dirección (CD), órgano de gobierno del SF, constituido desde el año 2003. El CD se encarga de la planificación y coordinación del SF y su estructura organizativa es la siguiente:

- Jefatura de Servicio: responsable máximo del SF, que reporta a los órganos directivos del HGUGM, lidera toda la actividad de gestión del SF y tiene responsabilidad jerárquica sobre el personal farmacéutico del mismo.
- Supervisora de Enfermería del SF: tiene responsabilidad jerárquica sobre el personal de enfermería del SF y su organización, pero no dirige áreas de actividad específicas, no tiene dependencia jerárquica de la Jefatura de Servicio y reporta a la Dirección de Enfermería del HGUGM.
- Responsables de las áreas de trabajo específicos: dirigen la actividad de cada área y tienen responsabilidad funcional sobre el personal farmacéutico a su cargo y sobre el personal no farmacéutico que desempeña las actividades. Están definidas seis áreas de trabajo y, por tanto, seis responsables:
 - Responsable del área de dispensación y logística.
 - Responsable del área de atención farmacéutica al paciente ingresado.
 - Responsable del área de atención farmacéutica al paciente externo (PE) y ambulante.
 - Responsable del área de elaboración.
 - Responsable del área de calidad.
 - Responsable del área de investigación y ensayos clínicos.

El equipo evaluador se integró con las 8 personas definidas del CD, y además se contó puntualmente con la colaboración de las dos residentes de tercer año y con la Coordinadora de Calidad del Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón.

Todos los miembros participaron activamente en cada una de las fases del proyecto, así como en la descripción, análisis e interpretación de los resultados.

3.3.1.3. Formación al personal

Se llevaron a cabo, por parte del personal experto externo, sesiones de formación para los integrantes del equipo evaluador, centradas en revisar la estructura de contenidos y requisitos del modelo EFQM y los criterios de valoración REDER, así como sesiones prácticas de manejo del programa *Perfil*, herramienta utilizada para realizar la autoevaluación EFQM, profundizando en la metodología de valoración y realizando ejercicios prácticos para homogeneizar las valoraciones a realizar por el equipo.

Asimismo, se llevaron a cabo sesiones de formación para el resto de profesionales del SF, en conceptos de mejora de calidad y, específicamente, en el modelo de excelencia EFQM.

3.3.1.4. Selección de indicadores clave relacionados con el SGC del SF

Se seleccionaron indicadores clave relacionados con el SGC del SF, en términos de actividad, de seguridad, de eficiencia de la farmacoterapia, de eficiencia y rentabilidad del SF, de clientes, de personas y de impacto social, con el objetivo de que sirvieran para la validación de la implantación del modelo EFQM mediante un análisis de los resultados de los mismos antes de la implantación y tras la implantación en varios cortes transversales. Asimismo, dichos indicadores resultaron útiles para evaluar el SGC previo del SF, identificando áreas de mejora en el mismo y para evaluar las acciones de mejora implantadas.

3.3.1.5. Análisis pre-implantación de los resultados de indicadores clave relacionados con el SGC del SF

Se midieron los indicadores seleccionados para analizar el SGC basal, previo a la implantación del modelo de gestión de la excelencia.

3.3.2. FASE INTERVENCIÓN: IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA

3.3.2.1. Evaluación del SGC previo a la implantación del modelo de gestión de la excelencia

3.3.2.1.1. Autoevaluación del SGC pre-EFQM

Se llevó a cabo una evaluación interna del SGC basal aplicando la metodología EFQM para analizar el alcance del sistema de gestión previo al modelo EFQM. A pesar de que se evaluó el SGC previo, esta fase del proyecto se considera integrada en la fase intervención debido a que se aplicó la metodología EFQM para realizar dicha evaluación.

La metodología aplicada fue el modelo EFQM en su versión del año 2003. Se asignó a cada uno de los criterios y subcriterios una puntuación según la metodología EFQM, permitiendo calcular el número total de puntos asignados al SF, en una escala de 0 a 1.000 puntos, 500 para el conjunto de los criterios agentes facilitadores y 500 para los criterios de resultados, distribuidos por criterios conforme se presenta en la **Tabla 16**.

Tabla 16. Modelo EFQM: ponderación para cada criterio (actualización 2003)

		Criterio	Puntuación total modelo EFQM	Ponderación
Agentes facilitadores	1	Liderazgo	100	10%
	2	Política y Estrategia	80	8%
	3	Personas	90	9%
	4	Alianzas y Recursos	90	9%
	5	Procesos	140	14%
Resultados	6	Resultados en los clientes	200	20%
	7	Resultados en las personas	90	9%
	8	Resultados en la sociedad	60	6%
	9	Resultados clave	150	15%

La asignación de puntos se realizó siguiendo el esquema o matriz de puntuación REDER, que analiza sucesivamente en cada criterio y subcriterio, los resultados, el enfoque, el despliegue y la evaluación y revisión, tal y como se presenta en la **Anexo V** (Matriz REDER de agentes facilitadores) y el **Anexo VI** (Matriz REDER de resultados).

La aplicación *Perfil versión 4.0* del CEG fue la herramienta informática utilizada, apoyada en la metodología REDER, para desarrollar la autoevaluación de forma práctica⁷⁷. Ésta cuenta con 120 preguntas, agrupadas bajo los distintos subcriterios del modelo EFQM, que se evalúan en una escala de respuesta del 1 al 100. Además de evaluar de forma cuantitativa cada subcriterio, es necesario, añadir una serie de evidencias que justifiquen la puntuación dada a los mismos. El modelo de la herramienta se presenta en la **Figura 10**.

Figura 10. Herramienta Perfil versión 4.0 (ejemplo criterio 8)

Cada miembro del equipo evaluador realizó una autoevaluación individual valorando todas las preguntas propuestas por la aplicación. La herramienta agrupó todos los cuestionarios individuales y realizó una integración automática de los datos, reportando gráficas en las que se presentó la puntuación global obtenida para cada criterio y subcriterio y la puntuación total que obtuvo la organización en su autoevaluación.

Asimismo, a través de la autoevaluación, como un examen global de las actividades y resultados del SF, se identificaron los puntos fuertes y áreas de mejora del SGC del SF para cada criterio y subcriterio del modelo EFQM.

3.3.2.2. Implantación Plan de Mejora 300+

El equipo evaluador junto con el asesor externo, decidió emprender un plan de mejora resultante de la fase anterior, que se denominó *Plan de Mejora 300+*, con el objetivo de alcanzar dicha puntuación en la presentación a reconocimiento de la excelencia EFQM (Sello 300+).

Para ello, en primer lugar, el equipo evaluador presentó los resultados de la autoevaluación del SGC a todo el personal farmacéutico del SF. En segundo lugar, se llevó a cabo una reunión de priorización de las áreas de mejora identificadas para adaptar el SGC del SF al modelo de excelencia propuesto por la EFQM.

Con arreglo a las áreas de mejora priorizadas, el equipo evaluador desarrolló un plan operativo en el que se identificaron las actividades a realizar y se implicó a todo el personal del SF. Para cada una de ellas se designó un plazo de realización, en función del nivel de prioridad asignado, y un propietario/responsable. El CD se designó como responsable de llevar a cabo el seguimiento del cumplimiento de los planes de acción, según la planificación establecida.

Las herramientas empleadas para implantar el nuevo SGC fueron las siguientes:

- *Gestión por procesos*: desarrollando todas las actividades de forma coordinada para mejorar la efectividad y la satisfacción de todas las partes interesadas.
- *Normas ISO 9000*: aplicando los recursos que aporta el disponer de la certificación por dicha Norma.
- *Modelo EFQM*: estableciendo las líneas de actuación adecuadas y coherentes en los diferentes criterios. Aunque se tuvieron en cuenta los 9 criterios EFQM para la implantación, únicamente se analizaron en este estudio los criterios agentes facilitadores, referidos a *lo que el SF hace* mediante un liderazgo que impulse la política y la estrategia, la gestión del personal, los recursos y los procesos hacia la consecución de los resultados de la organización; no se analizaron las acciones de mejora relacionadas con los criterios resultado correspondientes a *lo que el SF obtiene*, y que son consecuencia de los primeros. Estos últimos hacen referencia a determinados indicadores que se seleccionaron para el modelo EFQM y coinciden en gran medida con los indicadores seleccionados en este estudio para validar el sistema de gestión implantado.

Es decir, la implantación se concretó en introducir acciones de mejora en las áreas relevantes del SF de forma estructurada, encuadradas en los 5 criterios agentes facilitadores, con el apoyo de las herramientas de las que ya disponía el SF en su sistema de gestión.

3.3.2.3. Evaluación Plan de Mejora 300+

El *Plan de Mejora 300+* incluyó una nueva evaluación del SGC, paso previo necesario para la presentación a reconocimiento de excelencia EFQM, consistente en una autoevaluación y una evaluación externa.

3.3.2.3.1. Autoevaluación del SGC 300+

Se emplearon las mismas versiones del modelo EFQM (versión del año 2003) y de la aplicación *Perfil* del CEG (versión 4.0) que en la autoevaluación inicial.

El informe de autoevaluación resultante incluyó la puntuación total del SF y desglosada por criterios, y la relación de puntos fuertes y áreas de mejora detectadas.

Elaboración de la Memoria EFQM

Para poder optar a reconocimiento externo, la autoevaluación requiere la elaboración de una Memoria del SF según el modelo de excelencia EFQM, además de una preparación de la organización para la presentación a la evaluación externa. Para ello fue necesario:

- Impartir formación específica al equipo evaluador sobre la Memoria EFQM: criterios de elaboración y estructura de la Memoria.
- Identificar y seleccionar los documentos internos clave.
- Definir los contenidos y guion pormenorizado de la Memoria en cada uno de los criterios y subcriterios.
- Redactar la Memoria que refleja el sistema de gestión y los resultados de la organización, siguiendo el esquema y criterios establecidos.
- Preparar la documentación necesaria para ser presentada en la visita de evaluación.

Se desarrolló un plan de trabajo para la elaboración de la misma.

3.3.2.3.2. Evaluación externa del SGC 300+

Una vez realizado el proceso de autoevaluación por parte del SF y la redacción de la Memoria, se solicitó una evaluación externa para la presentación a reconocimiento de excelencia EFQM. El producto resultante de la misma fue un informe con los puntos fuertes y áreas de mejora de la organización y una puntuación según el modelo, con una recomendación explícita de concesión del Sello de excelencia europea.

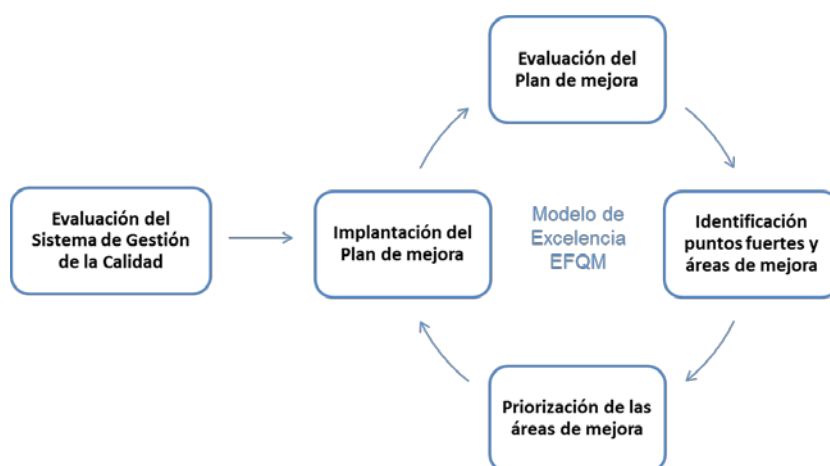
3.3.3. FASE POST-INTERVENCIÓN: SEGUIMIENTO Y VALIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA

Para el diseño del estudio y análisis de resultados se consideró que el modelo estaba implantado cuando se presentó y obtuvo por primera vez el Sello de excelencia europea (300+), y a partir de entonces se consideró que inició la fase post-intervención en la que se realizó el seguimiento del modelo de gestión, a pesar de que la implantación del modelo de gestión de la excelencia fue un proceso continuo. Es decir, a lo largo de todo el estudio, se aplicó la metodología EFQM de forma cíclica (**Figura 11**): a partir de la relación de puntos fuertes y áreas de mejora identificados en la evaluación del *Plan de Mejora 300+*, se realizó

una priorización de dichas áreas de mejora y se elaboró e implantó un nuevo plan de mejora, el *Plan de Mejora 400+*, y así de forma análoga y continua para el *Plan de Mejora 500+*.

Es decir, las evaluaciones realizadas en la fase implantación y post-implantación tuvieron un doble objetivo: por una parte, evaluar los resultados obtenidos con los planes de mejora implantados y, por otra, identificar nuevas áreas de mejora para la implantación de nuevos planes de mejora.

Figura 11. Sistema cíclico de mejora continua basado en el modelo EFQM



Asimismo, durante la fase post-intervención, se realizó la validación del modelo de gestión implantado en tres cortes transversales (post_1 , post_2 y post_3) para analizar el impacto de las mejoras introducidas a través de los indicadores clave establecidos relacionados con las diferentes dimensiones de la gestión del SF: la actividad, la seguridad, la eficiencia de la farmacoterapia, la eficiencia y rentabilidad del SF, los clientes, los profesionales y el impacto social. Los resultados de los indicadores resultaron útiles tanto para analizar las acciones de mejora implantadas como para detectar nuevas áreas de mejora para fases posteriores.

3.3.3.1. Análisis post_1 de los resultados de indicadores clave relacionados con el SGC del SF y comparación con los resultados basales

Se llevó a cabo un análisis objetivo de los indicadores clave, comparando los resultados de los mismos con los resultados basales obtenidos en la fase pre-implantación. Asimismo, se revisó el conjunto de los indicadores y se valoró la introducción de nuevos indicadores que permitieran evaluar el SGC en fases posteriores.

3.3.3.2. Implantación Plan de Mejora 400+

El equipo evaluador, junto con el asesor externo, decidió emprender un nuevo plan de mejora, que denominó *Plan de Mejora 400+*, con el objetivo de alcanzar dicha puntuación en la siguiente presentación a reconocimiento de excelencia (Sello 400+). Para la elaboración del mismo se utilizó la siguiente información:

1. Análisis pre-post₁ de los resultados de indicadores clave.
2. Evaluación del *Plan de Mejora 300+* (autoevaluación y evaluación externa) de las que se obtuvieron, para cada una de las evaluaciones:
 - a) Puntuación total del SGC del SF y desglosada por criterios.
 - b) Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora desglosados por criterios.

El equipo evaluador operó de la misma manera que en la implantación del *Plan de Mejora 300+*: en primer lugar, presentó los resultados de la evaluación del *Plan de Mejora 300+* a todo el personal del SF y posteriormente, programó un plan operativo, con plazos de realización y responsables, de acuerdo a una priorización de las áreas de mejora identificadas.

3.3.3.3. Evaluación Plan de Mejora 400+

Al finalizar el *Plan de Mejora 400+* se realizó una nueva evaluación del SGC para poder llevar a cabo la presentación a reconocimiento de excelencia EFQM.

3.3.3.3.1. Autoevaluación del SGC 400+

El modelo EFQM es dinámico, se revisa y actualiza periódicamente para adaptarse a los cambios de las organizaciones; durante nuestro periodo de estudio se realizó una actualización del mismo y la nueva autoevaluación realizada en esta fase se ejecutó en su versión de 2010. Los cambios del modelo teórico se concretaron, entre otras cosas, en la puntuación y ponderación asignadas a cada criterio: se mantuvo el reparto de 500 puntos para criterios agentes facilitadores y 500 puntos para criterios resultado, pero con la distribución que se presenta en la **Tabla 17**.

Tabla 17. Modelo EFQM: ponderación para cada criterio (actualización 2010)

		Criterio	Puntuación total modelo EFQM	Ponderación
Agentes facilitadores	1	Liderazgo	100	10%
	2	Política y Estrategia	100	10%
	3	Personas	100	10%
	4	Alianzas y Recursos	100	10%
	5	Procesos	100	10%
Resultados	6	Resultados en los Clientes	150	15%
	7	Resultados en las Personas	100	10%
	8	Resultados en la Sociedad	100	10%
	9	Resultados Clave	150	15%

Asimismo, la herramienta *Perfil* del CEG sufrió una actualización a una nueva versión, la *versión 6.0*, y fue ésta la empleada en la autoevaluación del SGC 400+. La nueva versión estaba justificada por la adaptación a la actualización del modelo EFQM y la introducción de instrumentos facilitadores para realizar el cuestionario y analizar los datos del mismo. El modelo de la nueva versión se presenta en la **Figura 12**.

Figura 12. Herramienta Perfil versión 6.0 (ejemplo criterio 1)

Pregunta

Liderazgo

1a

1a1

Pregunta: ¿Han establecido y comunicado los líderes una clara dirección y orientación estratégica? ¿Se ha identificado quiénes son los líderes de la organización y cómo debe ser su estilo de liderazgo? ¿Actúan sus líderes como modelos de referencia?

Sugerencias

Los líderes han desarrollado y documentado la misión, visión y valores de la organización, que constituyen la base de su cultura. Han establecido los principios éticos de referencia para todas las personas, especialmente los líderes. Han comunicado a todos los grupos de interés la misión, visión y valores y se aseguran de su conocimiento y entendimiento. El comportamiento de los líderes es coherente con la misión, visión y valores. Los líderes son modelo de referencia de integridad, responsabilidad social y comportamiento ético, actuando como ejemplo tanto interna como externamente. Mantienen una actitud receptiva hacia las personas de la organización, favoreciendo la comunicación y atendiendo sus opiniones y sugerencias.

Ayuda

Escala

<p>Misión, visión y valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definidos - documentados - comunicados a todos los empleados y a los principales grupos de interés. <p>Existe una definición clara de quiénes son los líderes de la organización y en qué se debe basar su estilo de liderazgo. La actitud de la mayoría de los líderes es coherente con la misión, visión y valores, impulsan su despliegue y son un modelo de referencia.</p> <p>Las prácticas de gestión contempladas se basan en procesos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen una lógica clara y están formalizados en buena parte. • Están centrados en las necesidades de los grupos de interés y apoyan la estrategia. • Están implantados de manera sistemática en al menos un tercio de las áreas/procesos relevantes. • Cuentan con indicadores y objetivos de eficacia y se actúa controlando las desviaciones sobre los objetivos previstos. • Se han mejorado alguna vez para corregir errores o por ausencia de eficacia. 	<p>La dirección y orientación estratégica está definida, documentada y comunicada a todos los grupos de interés y a todos los niveles (empleados, accionistas, aliados, clientes, y proveedores críticos).</p> <p>La actitud de la mayor parte de los líderes es coherente con la misión, visión y valores, impulsan su despliegue y son un modelo de referencia.</p> <p>Hay marcos estratégicos particularizados para los niveles más altos de la Organización, acordes al marco estratégico global.</p> <p>Las prácticas de gestión contempladas se basan en procesos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están documentados y apoyan la estrategia. • Están alineados con otros procesos relevantes. • Están implantados sistemáticamente en más de la mitad de las áreas relevantes y son capaces de gestionar los cambios en su entorno cuando es necesario. • Cuentan con adecuados indicadores y objetivos de eficacia y eficiencia. • Se revisan y se introducen mejoras gratuitas a actividades creativas y de aprendizaje. • Disponen de algunas comparaciones con referencias externas. • Tienen algún aspecto en el que son referencia para otros. 	<p>La actitud de TODOS los líderes es coherente con la misión, visión y valores, impulsan su despliegue y son un modelo de referencia.</p> <p>TODOS los niveles de la Organización tienen marcos estratégicos particularizados, acordes al marco estratégico global.</p> <p>Las prácticas de gestión contempladas se basan en procesos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están totalmente implantados en las áreas relevantes, y de forma sistemática. • Cumplen los objetivos de eficacia y eficiencia, y tienen integrados controles para asegurar su cumplimiento. • Se revisan de manera sistemática y se introducen mejoras para adecuarlos a los cambios en la estrategia. • Disponen de actividades eficaces de creatividad e innovación, en función de los resultados y del aprendizaje interno y externo. • Cuentan con tres ciclos anuales de revisión, innovación y mejora. • Disponen de actividades sistemáticas de comparación, con otras organizaciones, de resultados y mejores prácticas asociadas. • Son referencia para otros en muchos aspectos.
--	---	---

0 10 35 60 85 100

Evidencias

Elaboración de la Memoria EFQM

Se redactó la Memoria del SF a partir de la Memoria realizada previamente en la fase intervención para el Sello 300+. Se revisaron los contenidos de cada uno de los 9 criterios definidos por el modelo EFQM y se actualizaron los criterios agentes facilitadores en función de las acciones de mejora implantadas y los criterios resultado a partir de los resultados de los indicadores.

3.3.3.3.2. Evaluación externa del SGC 400+

Una vez realizada la autoevaluación y redactada la Memoria EFQM, fue necesario que un equipo evaluador externo realizara un informe de evaluación para la presentación a reconocimiento de excelencia EFQM de la misma forma que en la fase intervención. Asimismo, se obtuvo un informe con los puntos fuertes y áreas de mejora de la organización y una puntuación según el modelo, con la recomendación explícita de concesión del Sello de excelencia europea.

3.3.3.4. Análisis post₂ de los resultados de indicadores clave relacionados con el SGC del SF y comparación con los resultados previos

Se llevó a cabo un análisis objetivo de los indicadores clave, comparando los resultados de los mismos con los resultados basales obtenidos en la fase pre-implantación y en la fase post₁-implantación. Se revisó nuevamente el conjunto de los indicadores y se valoró la introducción de nuevos indicadores útiles que permitieran evaluar el SGC en fases posteriores.

3.3.3.5. Implantación Plan de Mejora 500+

Se estableció un nuevo Plan de Mejora, el *Plan de Mejora 500+*, con el nuevo objetivo de alcanzar la puntuación 500+ en la siguiente presentación a reconocimiento de excelencia EFQM (Sello 500+). Para el desarrollo del mismo se utilizó la siguiente información:

1. Análisis pre-post₁-post₂ de los resultados de indicadores clave.
2. Evaluación del *Plan de Mejora 400+* (autoevaluación y evaluación externa) de las que se obtuvieron, para cada una de ellas:
 - a) Puntuación total del SGC del SF y desglosada por criterios.
 - b) Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora desglosados por criterios.

Del mismo modo que en los planes de mejora anteriores, se presentaron los resultados de la evaluación del *Plan de Mejora 400+* al personal del SF y posteriormente, se programó un plan

operativo, con plazos de realización y responsables, de acuerdo a una priorización de las áreas de mejora identificadas.

3.3.3.6. Análisis post₃ de los resultados de indicadores clave relacionados con el SGC del SF y comparación con los resultados previos

Se llevó a cabo un nuevo análisis de resultados de los indicadores clave. Es decir, el análisis de indicadores se realizó en tres cortes transversales durante la fase post-intervención para realizar la validación y evaluación del impacto de la implantación del modelo de gestión de la excelencia. Se revisó el conjunto de los indicadores y se valoró la introducción de nuevos indicadores que permitieran evaluar el SGC en fases posteriores. Se compararon los resultados de los indicadores con los resultados basales obtenidos en la fase pre-implantación y los obtenidos todas las fases post: post₁, post₂ y post₃-implantación.

3.4. DURACIÓN Y CRONOGRAMA

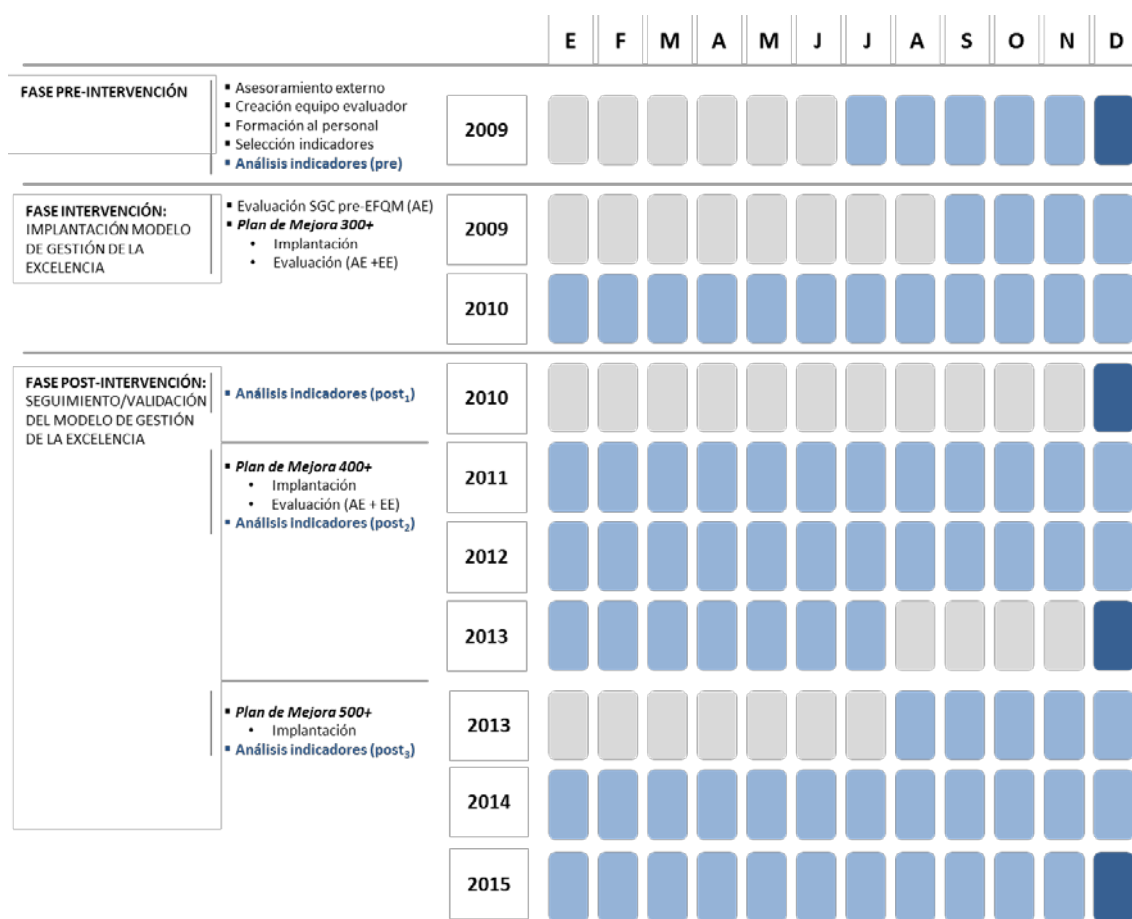
La duración completa del presente trabajo fue de julio 2009 a diciembre 2015.

1. La fase pre-intervención, etapa en la que se llevó a cabo el asesoramiento externo, la creación del equipo evaluador, la formación al personal, la selección y análisis de indicadores clave del SGC previo a la implantación del modelo de gestión de la excelencia en el SF, se desarrolló durante el período julio – diciembre 2009.
2. La fase intervención, etapa en la se implantó el modelo de gestión de la excelencia, se inició en septiembre 2009, con la primera autoevaluación del SGC del SF y finalizó cuando se obtuvo el Sello 300+, en diciembre 2010. Incluyó el *Plan de Mejora 300+*, que englobó las fases de implantación (introducción de mejoras identificadas en la autoevaluación) y la autoevaluación y evaluación externa.
3. La fase post-intervención, etapa en la que se realizó el seguimiento y validación del modelo de gestión de la excelencia, se desarrolló desde diciembre 2010 hasta diciembre 2015, fecha fin del estudio. Esta etapa comprendió:
 - a. *Plan de Mejora 400+*, en el que se implantaron nuevas acciones de mejora y se realizaron una nueva autoevaluación y evaluación externa. Esta fase finalizó cuando se obtuvo el Sello 400+ en julio 2013.

- b. *Plan de Mejora 500+*, que inició en agosto 2013 y se encontró en fase de desarrollo (incompleta), en la fecha fin del estudio y, por lo tanto, se incluyen acciones de mejora implantadas pero no se incluye la autoevaluación y evaluación externa correspondientes al fin del Plan ni la presentación a Sello de excelencia europea.
- c. Evaluación del impacto de la implantación del modelo de gestión mediante los análisis comparativos de todos los resultados de indicadores clave definidos, en tres cortes transversales: $post_1$ y $post_2$, correspondientes a las finalizaciones del *Plan de Mejora 300+* y el *Plan de Mejora 400+*; y $post_3$, correspondiente a la fecha fin del estudio, diciembre 2015.

La **Figura 13** describe el cronograma de trabajo seguido en el proyecto.

Figura 13. Cronograma de trabajo



AE: autoevaluación; EE: evaluación externa

3.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y SU MEDIDA

Se consideraron variables del estudio todos los indicadores establecidos para evaluar el impacto del nuevo modelo de gestión implantado en el SF.

Estos fueron seleccionados en la fase pre-intervención. No obstante, al tratarse de un proceso de mejora continua, fue necesariamente un proceso abierto, flexible a la introducción de nuevos indicadores que se establecieran a lo largo del proyecto y, por lo tanto, durante las fases de intervención y post-intervención se seleccionaron nuevos indicadores relacionados con las diferentes dimensiones del SGC del SF. Por este motivo, no se midieron resultados de algunos de los indicadores en la fase pre-implantación, pero se consideraron útiles para la validación del modelo al haberse definido varias fases post-implantación del proyecto.

La frecuencia de medición de resultados fue anual, con excepción de algunos que no pudieron ser recogidos por algún motivo que se expondrá en el apartado de resultados de este trabajo. A continuación se realiza una descripción de todos los indicadores clave establecidos relacionados con diferentes dimensiones de la gestión del SF.

3.5.1. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se registró toda la actividad del SF resumida en productos finales y las unidades se transformaron en URV a través de la herramienta del *Catálogo de Productos y Facturación* (en su versión original del 2001 para el año 2008³³ y en su actualización del 2009²⁷ para los años 2009-2015), desglosando la actividad total en las seis áreas de actividad definidas.

Se establecieron los siguientes indicadores clave relacionados con la gestión de la actividad para la validación del nuevo modelo de gestión del SF:

3.5.1.1. Nº de URV en el área de gestión.

3.5.1.2. Nº de URV en el área de dispensación.

3.5.1.3. Nº de URV en el área de elaboración.

3.5.1.4. Nº de URV en el área de atención farmacéutica.

3.5.1.5. Nº de URV en el área de monitorización terapéutica (farmacocinética, toxicológica y farmacogenética).

3.5.1.6. Nº de URV en el área de investigación.

3.5.1.7. Nº de URV totales.

3.5.2. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD

Se establecieron los siguientes indicadores clave relacionados con la seguridad de la farmacoterapia para la validación del nuevo modelo de gestión del SF:

3.5.2.1. Índice ISMP-España (únicamente en fase post-implantación).

3.5.2.2. Nº de problemas relacionados con la medicación (PRM) clínicamente relevantes detectados durante el proceso de atención farmacéutica: aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM).

3.5.2.3. % de RNM evitados: resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos que se evitan durante el proceso de atención farmacéutica, con respecto al número de PRM detectados.

3.5.2.4. Tasa de errores en la preparación de pedidos solicitados por las UA.

3.5.2.5. Tasa de errores en la reposición de *Pyxis*.

3.5.2.6. Tasa errores en la dispensación a PE/ 1.000 dispensaciones: número de prescripciones incorrectamente dispensadas entre el total de prescripciones (*1.000 dispensaciones). Una prescripción podía acumular más de un error. No se consideró error la dispensación de cantidad insuficiente u omisión de la dispensación si la causa fue una rotura de stock por parte del proveedor, y no a un error en la gestión del inventario por el SF.

3.5.3. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Se establecieron los siguientes indicadores clave relacionados con la eficiencia de la farmacoterapia para la validación del nuevo modelo de gestión del SF:

3.5.3.1. % de indicadores del PAS (coste medio por paciente) en los que el SF está entre los 3 mejores del SERMAS (únicamente en fase post-implantación).

3.5.3.2. Índice sintético (únicamente en fase post-implantación).

3.5.3.3. Índice de costes comparados del PAS: índice que hace referencia a la comparación del coste medio del HGUGM en las patologías incluidas en el PAS en referencia al coste medio del

SERMAS. Se calcula: $\sum ((\text{coste medio HGUGM} - \text{coste medio SERMAS}) \times \text{nº pacientes HGUGM})$ para todas las patologías incluidas en el PAS.

3.5.3.4. Ahorro por mejoras en el uso del medicamento: ahorro obtenido por la gestión del SF en relación al uso eficiente del medicamento, es decir, a través de los procesos llevados a cabo en el SF que suponen un ahorro en el uso del medicamento sin afectar a la efectividad del mismo; éstos son: protocolización, elaboración (citostáticos, nutriciones parenterales y otras mezclas intravenosas cuya elaboración está centralizada en el SF) y acondicionamiento (fraccionamiento y/o reenvasado de medicamentos).

3.5.3.5. Ahorro por negociaciones con proveedores: ahorro en compras de medicamentos obtenido por la gestión de proveedores (negociaciones llevadas a cabo en el SF), teniendo en cuenta el descuento directo en factura para cada medicamento y los abonos en factura realizados por los proveedores durante el año en curso. No se tuvo en cuenta el descuento derivado de las deducciones en facturación sobre el PVP del 15%, 7,5% y del 4% para medicamentos huérfanos, establecidas en los artículos 8, 9 y 10 del Real Decreto Ley 8/2010⁷⁸, modificado por el Real Decreto Ley 9 /2011⁷⁹ (relación de medicamentos afectados actualizado mensualmente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁸⁰).

3.5.4. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA Y RENTABILIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA

Se establecieron los siguientes indicadores clave relacionados con la eficiencia y rentabilidad del SF para la validación del nuevo modelo de gestión del SF:

3.5.4.1. Coste de URV: coste del personal del SF/ Nº total de URV producidas.

3.5.4.2. Índice de complejidad de la URV: Nº URV totales producidas / Nº unidades totales producidas.

3.5.4.3. Rentabilidad económica: relación existente entre el ahorro total obtenido por el SF (por mejoras en el uso del medicamento y por negociaciones con proveedores) y el coste que supone el mismo.

3.5.5. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE CLIENTES

Se establecieron los siguientes indicadores clave relacionados con los clientes para la validación del nuevo modelo de gestión implantado.

3.5.5.1. Índice de satisfacción PE global (IS PE global).

3.5.5.2. IS PE trato consultas.

3.5.5.3. IS PE calidad información.

3.5.5.4. IS facultativos (UA) global.

3.5.5.5. IS facultativos (UA) disponibilidad farmacéutico.

3.5.5.6. IS facultativos (UA) adecuación de la atención.

3.5.5.7. IS facultativos (UA) calidad de la resolución de problemas.

3.5.5.8. IS enfermería (UA) global.

3.5.5.9. IS enfermería (UA) disponibilidad farmacéutico.

3.5.5.10. IS enfermería (UA) adecuación de la atención.

3.5.5.11. IS enfermería (UA) calidad de la resolución de problemas.

3.5.5.12. Tiempo de espera para la atención al PE.

3.5.5.13. Índice de rotura de stock: líneas de medicamentos no servidos por falta de existencias en el almacén del SF en relación al total de líneas de medicamentos solicitados por las UA.

3.5.5.14. Índice de aceptación de la intervención farmacéutica: % intervenciones que son aceptadas por el facultativo prescriptor, con respecto al total de intervenciones realizadas por el farmacéutico, durante la fase de validación de la prescripción médica.

3.5.5.15. Índice de impacto de la intervención farmacéutica: % intervenciones con impacto significativo, con respecto al total de intervenciones realizadas por el farmacéutico, durante la fase de validación de la prescripción médica.

3.5.6. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE PERSONAS

Se seleccionaron los indicadores clave relacionados con los profesionales del SF para la validación del nuevo modelo de gestión implantado que se presentan a continuación. Se tuvo en cuenta el total del personal del SF (facultativos, residentes de FH, personal de enfermería, auxiliares de obras y servicios y administrativos).

3.5.6.1. IS empleados global (únicamente en fase post-implantación).

- 3.5.6.2. IS empleados organización trabajo (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.3. IS empleados información/comunicación (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.4. IS empleados formación y desarrollo profesional (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.5. IS empleados *empowerment* (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.6. IS empleados estilo Dirección (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.7. IS empleados reconocimiento (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.8. IS empleados recompensa (únicamente en fase post-implantación).
- 3.5.6.9. % absentismo: porcentaje de días de ausencia en el puesto de trabajo de todo el personal del SF (debidos a enfermedad común, accidente no laboral o accidente de trabajo) con respecto al total de días teóricos.
- 3.5.6.10. Nº de sesiones clínicas: sesiones de servicio y de investigación.
- 3.5.6.11. Nº personas que asisten a congresos y foros.
- 3.5.6.12. Nº personas que participan en comités, comisiones y grupos de trabajo relevantes, tanto externos (grupos dependientes de Sociedades Científicas o de la Consejería de Sanidad) como internos (grupos dependientes de la estructura organizativa del HGUGM).
- 3.5.6.13. Nº personas que participan con ponencias en foros, congresos y cursos.

3.5.7. INDICADORES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL IMPACTO SOCIAL

Para la dimensión de impacto social, se tuvo en cuenta el nivel científico-técnico del SF, referido a la difusión y desarrollo del conocimiento, y la posición competitiva del mismo en el entorno de la FH. Se seleccionaron los siguientes indicadores clave relacionados con el impacto social para la validación del nuevo modelo de gestión implantado:

- 3.5.7.1. Nº de proyectos de investigación.
- 3.5.7.2. Nº de ensayos clínicos.
- 3.5.7.3. Nº de publicaciones en revistas científicas.

3.5.7.4. Factor de impacto de publicaciones: se calcula mediante el sumatorio de los factores de impacto de todos los artículos publicados en los que algún miembro del SF es autor. El factor de impacto es una medida de la calidad de una publicación científica, calculado por el *Institute for Scientific Information* para aquellas publicaciones a las que da seguimiento, las cuales son publicadas en un informe de citas llamado *Journal Citation Reports*. El factor de impacto de cada revista se calcula de la siguiente forma = nº de veces en que los artículos publicados en esa revista en el periodo anterior (2 años) han sido citados a lo largo del año actual / nº de artículos publicados en esa revista en el periodo anterior (2 años)⁸¹.

3.5.7.5. Nº de premios recibidos.

3.5.7.6. Índice de la *Guía de Evaluación y Mejora para los Servicios de Farmacia Hospitalaria*.

3.5.7.7. Índice de elección de los residentes del SF. El sistema de selección para la formación sanitaria especializada, por el que ingresan los farmacéuticos residentes en el SF, consiste en una prueba de carácter estatal en la que los aspirantes reciben una puntuación total individual obtenida de la suma de una prueba de contestaciones múltiples y la valoración de sus méritos académicos. La adjudicación de las plazas se efectúa siguiendo el orden de mayor a menor puntuación total individual de cada aspirante⁸².

3.5.7.8. Nº de organizaciones que visitan el SF, para conocer alguna de las estructuras o procesos del SF, como referencia en el sector.

3.5.7.9. Nº de congresos a los que se presentan comunicaciones.

3.5.7.10. IS global monitores ensayos clínicos.

3.5.7.11. IS global investigadores ensayos clínicos.

La **Tabla 18** detalla todos los indicadores establecidos en este proyecto y las fuentes de información empleadas para su recogida.

Tabla 18. Indicadores y fuentes de información empleadas

INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
1. Indicadores clave relacionados con la gestión de la actividad	
1.1. Nº de URV en el área de gestión.	- Cuadro de mando de actividad del SF.
1.2. Nº de URV en el área de dispensación.	
1.3. Nº de URV en el área de elaboración.	
1.4. Nº de URV en el área de atención farmacéutica.	

1.5. Nº de URV en el área de monitorización terapéutica (farmacocinética, toxicología y farmacogenética).	
1.6. Nº de URV en el área de investigación.	
1.7. Nº de URV totales.	
2. Indicadores clave relacionados con la gestión de la seguridad	
2.1. Índice ISMP-España. (*)	- Cuestionario ISMP de evaluación de seguridad.
2.2. PRM detectados clínicamente relevantes.	- Base de datos de registro de intervenciones farmacéuticas.
2.3. % de RNM evitados.	- Indicadores definidos en el inventario de macroprocesos y procesos del SF.
2.4. Tasa de errores en la preparación de pedidos.	
2.5. Tasa de errores en la reposición de Pyxis.	
2.6. Tasa errores en la dispensación a PE/ 1.000 dispensaciones.	
3. Indicadores clave relacionados con la gestión de la eficiencia de la farmacoterapia	
3.1. % de Indicadores del PAS (coste medio por paciente) en los que el SF está entre los 3 mejores del SERMAS. (*)	- Cuadro de mando económico del SF (costes agrupados de medicamentos y los costes para los medicamentos por unidades, por patologías y por pacientes, con el histórico y las comparaciones con otros hospitales del SERMAS).
3.2. Índice sintético. (*)	- Resultados reportados por el SERMAS para los diferentes indicadores del PAS.
3.3. Índice de costes comparados del PAS.	- Indicadores de compras/consumos de medicamentos de la aplicación informática de Farmacia <i>Farhos Gestión</i> ®.
3.4. Ahorro por mejoras en el uso del medicamento.	- Indicadores definidos en el inventario de macroprocesos y procesos del SF.
3.5. Ahorro por negociaciones con proveedores.	
4. Indicadores clave relacionados con la gestión de la eficiencia y rentabilidad del SF	
4.1. Coste de URV.	- Cuadro de mando de actividad del SF.
4.2. Índice de complejidad de la URV.	- Costes del SF reportados por el Departamento de Contabilidad Analítica del HGUGM.
4.3. Rentabilidad económica.	- Indicadores de compras/consumos de medicamentos de la aplicación informática de Farmacia <i>Farhos Gestión</i> ®.
	- Indicadores definidos en el inventario de macroprocesos y procesos del SF.
5. Indicadores clave relacionados con la gestión de clientes	
5.1. IS PE global.	- Encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes externos del SF del HGUGM.
5.2. IS PE trato consultas.	- Encuestas de satisfacción realizadas a los facultativos del HGUGM.
5.3. IS PE calidad información.	- Encuestas de satisfacción realizadas al personal de enfermería del HGUGM.
5.4. IS Facultativos (UA) global.	- Base de datos de registro de intervenciones farmacéuticas.
5.5. IS Facultativos (UA) disponibilidad farmacéutico.	- Indicadores definidos en el inventario de macroprocesos y procesos del SF.
5.6. IS Facultativos (UA) adecuación de la atención.	
5.7. IS Facultativos (UA) calidad de la resolución de problemas.	
5.8. IS Enfermería (UA) global.	
5.9. IS Enfermería (UA) disponibilidad farmacéutico.	
5.10. IS Enfermería (UA) adecuación de la atención.	
5.11. IS Enfermería (UA) calidad de la resolución de problemas.	
5.12. Tiempo de espera para la atención al PE.	
5.13. Índice de rotura de stock.	
5.14. Índice de aceptación de la intervención farmacéutica.	
5.15. Índice de impacto de la intervención farmacéutica.	

6. Indicadores clave relacionados con la gestión de personas	
6.1. IS empleados global. (*) 6.2. IS empleados organización trabajo. (*) 6.3. IS empleados información/comunicación. (*) 6.4. IS empleados formación y desarrollo profesional. (*) 6.5. IS empleados <i>empowerment</i> . (*) 6.6. IS empleados estilo Dirección. (*) 6.7. IS empleados reconocimiento. (*) 6.8. IS empleados recompensa. (*) 6.9. % absentismo. 6.10. Nº de sesiones clínicas. 6.11. Nº de personas que asisten a congresos/foros. 6.12. Nº de personas que participan en comités/comisiones/grupos de trabajo relevantes. 6.13. Nº de personas que participan con ponencias en foros/congresos/cursos.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas de satisfacción realizadas al personal del SF. - Informe de absentismo laboral reportado por el Departamento de Recursos Humanos del HGUGM. - Indicadores definidos en el inventario de macroprocesos y procesos del SF. - Indicadores de la base de datos de gestión de la imagen del SF.
7. Indicadores clave relacionados con la gestión del impacto social	
7.1. Nº de proyectos de investigación. 7.2. Nº de ensayos clínicos. 7.3. Nº de publicaciones en revistas científicas. 7.4. Factor de impacto de publicaciones. 7.5. Nº de premios recibidos. 7.6. Índice de <i>la Guía de Evaluación y Mejora para los Servicios de Farmacia Hospitalaria</i> . 7.7. Índice de elección de los residentes del SF. 7.8. Nº de organizaciones que visitan el SF. 7.9. Nº de congresos a los que se presentan comunicaciones. 7.10. IS global monitores ensayos clínicos. 7.11. IS global investigadores ensayos clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de la base de datos de producción científica del SF. - Indicadores de la base de datos de gestión de la imagen del SF. - Indicadores de la aplicación informática de Gestión de Ensayos Clínicos PK Ensayos®. - Guía para la evaluación y mejora de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. - Encuestas de satisfacción realizadas a los monitores de ensayos clínicos del SF. - Encuestas de satisfacción realizadas a los investigadores de ensayos clínicos del SF.

(*): Indicadores recogidos únicamente en fase post-implantación; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; IS: índice de satisfacción; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; PE: paciente externo; PRM: problema relacionado con la medicación; RNM: resultado negativo asociado a la medicación; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor.

3.6. EXPLOTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La evaluación del impacto del modelo de gestión de la excelencia en el SGC del SF se realizó comparando los resultados de los indicadores en fase pre-implantación con los obtenidos en las fases post-implantación del estudio.

Para el análisis de las variables descritas en la metodología, al ser datos poblacionales, no fue necesaria la realización de pruebas de significación estadística, por lo que únicamente se realizaron los análisis descriptivos de dichas variables. Sin embargo, a la hora de analizar las variables que medían la satisfacción, sí se realizó análisis estadístico puesto que se trabajó con

muestras. Se asumió que se trabajaba con datos poblacionales en aquellas variables en las que el tamaño muestral fue mayor del 90%.

Los resultados se describieron con la media y la desviación típica en las variables con distribución normal y con la mediana y los percentiles para las variables con distribución no normal. El estudio de normalidad de las variables numéricas se realizó mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Con los resultados de esta prueba, se determinó en cada caso el test estadístico más apropiado a utilizar.

Para comparar las medias y medianas entre las diferentes fases del estudio, se utilizaron pruebas paramétricas (t de Student) y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) eligiendo las más convenientes en función de la normalidad de las variables. Se estableció la fase pre-implantación como fase control de comparación de medias y medianas. Para realizar comparaciones múltiples entre las diferentes fases post del estudio, se aplicó la corrección de Bonferroni.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con una p inferior a 0,05.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Nuestro estudio únicamente utilizó datos de la aplicación sistemática del sistema de gestión del SF. No fue necesaria ninguna información adicional ni la petición de un consentimiento informado a pacientes debido a que el desarrollo del estudio no tuvo ninguna repercusión directa para los pacientes atendidos en el SF al no suponer ningún cambio en su tratamiento y no recogerse información de carácter personal.

4. RESULTADOS

El resultado principal obtenido en este estudio es la implantación de un SGC basado en los principios del modelo EFQM, que sirve como marco estructural para la evaluación periódica y la realización de proyectos de mejora continua.

Se dispone de análisis objetivos y realistas de la situación del SF en cuanto a su sistema de gestión en diferentes momentos, lo que permite realizar comparaciones directas de resultados clave relacionados con la actividad, la seguridad, la eficiencia de la farmacoterapia, la eficiencia y rentabilidad del SF, la satisfacción de clientes y profesionales y el impacto social. Asimismo, las evaluaciones realizadas incluyen puntos fuertes y áreas de mejora basados en datos objetivos y evidencias concretas, y evitando en la medida de lo posible opiniones personales y percepciones subjetivas.

Se dispone además de una Memoria actualizada que se reedita de forma periódica, donde se refleja lo que el SF está haciendo en cuanto a cada uno de los criterios y subcriterios del modelo EFQM, que se utiliza como instrumento de comunicación tanto interna como externa.

Gracias a las sesiones de formación y a la implicación de todo el personal del SF en la implantación de un modelo de excelencia, todos los trabajadores del SF tienen formación o conocimientos básicos sobre la mejora continua de la calidad y sobre los principios y la metodología del modelo EFQM. Aparte del conocimiento básico general, un grupo de trabajadores tienen conocimientos más avanzados.

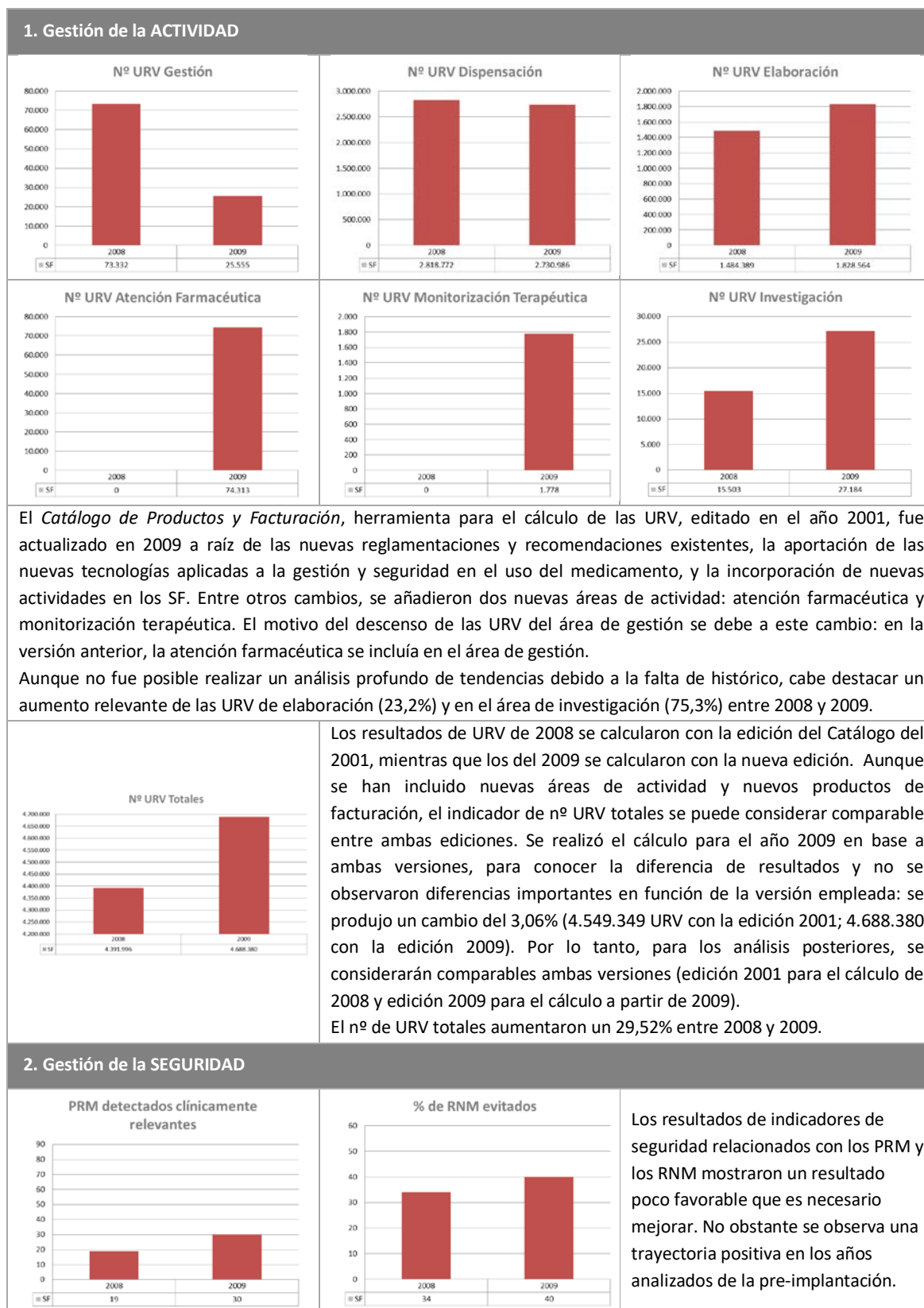
El hecho de implantar un SGC basado en la excelencia ha proporcionado los siguientes resultados concretos que se detallan a continuación.

4.1. FASE PRE-INTERVENCIÓN

4.1.1. ANÁLISIS PRE-IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SERVICIO DE FARMACIA

En la **Tabla 19** se presentan los resultados de los indicadores clave relacionados con las diferentes dimensiones del SGC del SF hasta 2009, previo a la implantación del modelo EFQM.

Tabla 19. Resultados de indicadores clave: fase pre-implantación del modelo EFQM (hasta 2009)





Durante la fase pre-implantación, se observa ligero descenso en la tasa de errores en la dispensación a PE; sin embargo, existe un aumento en las tasas de errores en la preparación de pedidos y en la reposición de Pyxis.

3. Gestión de la EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA



Se observa una diferencia destacada en el índice de costes comparados del PAS entre los dos años analizados. Los indicadores de ahorro, sin embargo, mantienen un resultado similar.

4. Gestión de la EFICIENCIA Y RENTABILIDAD DEL SF

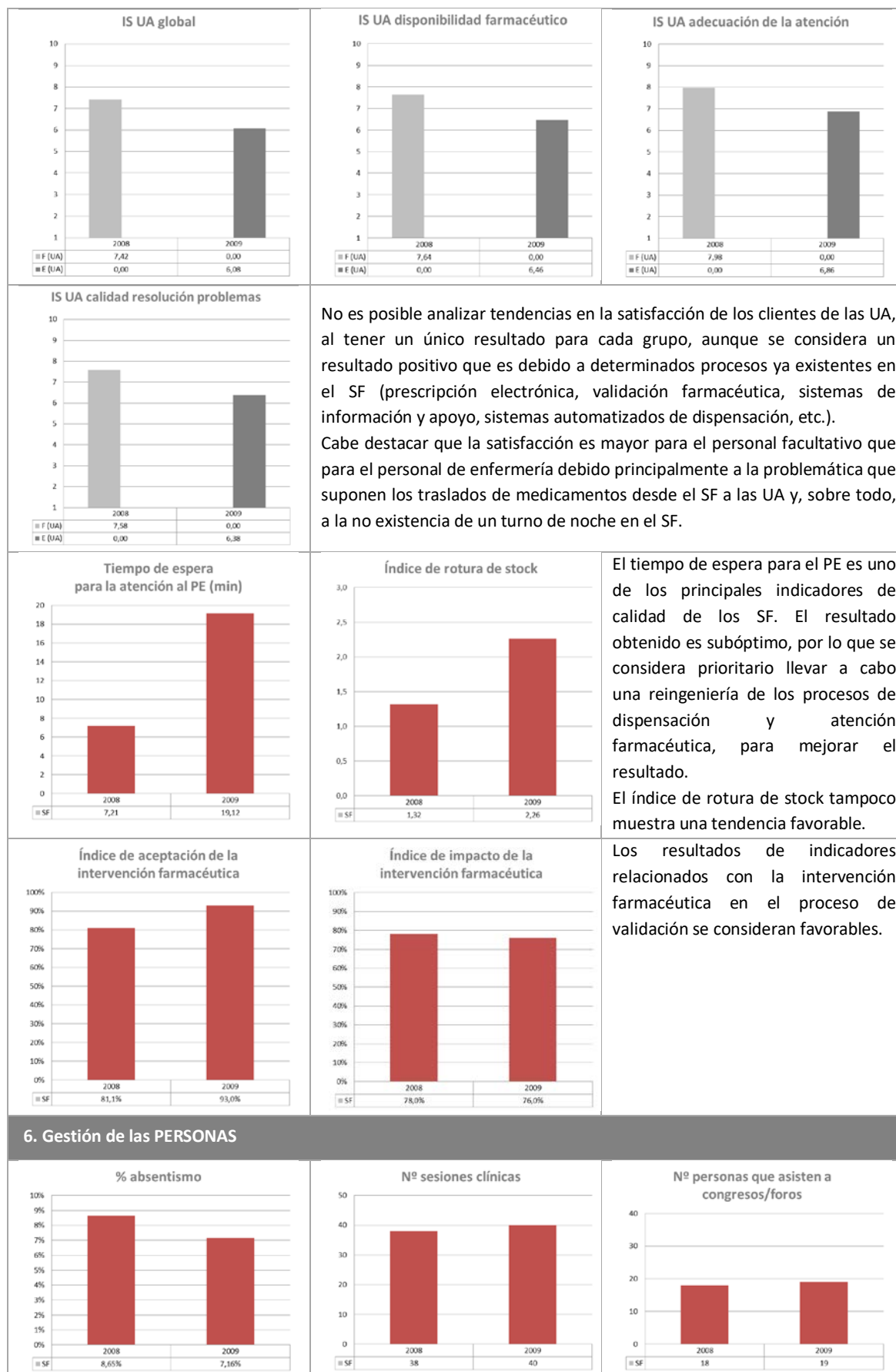


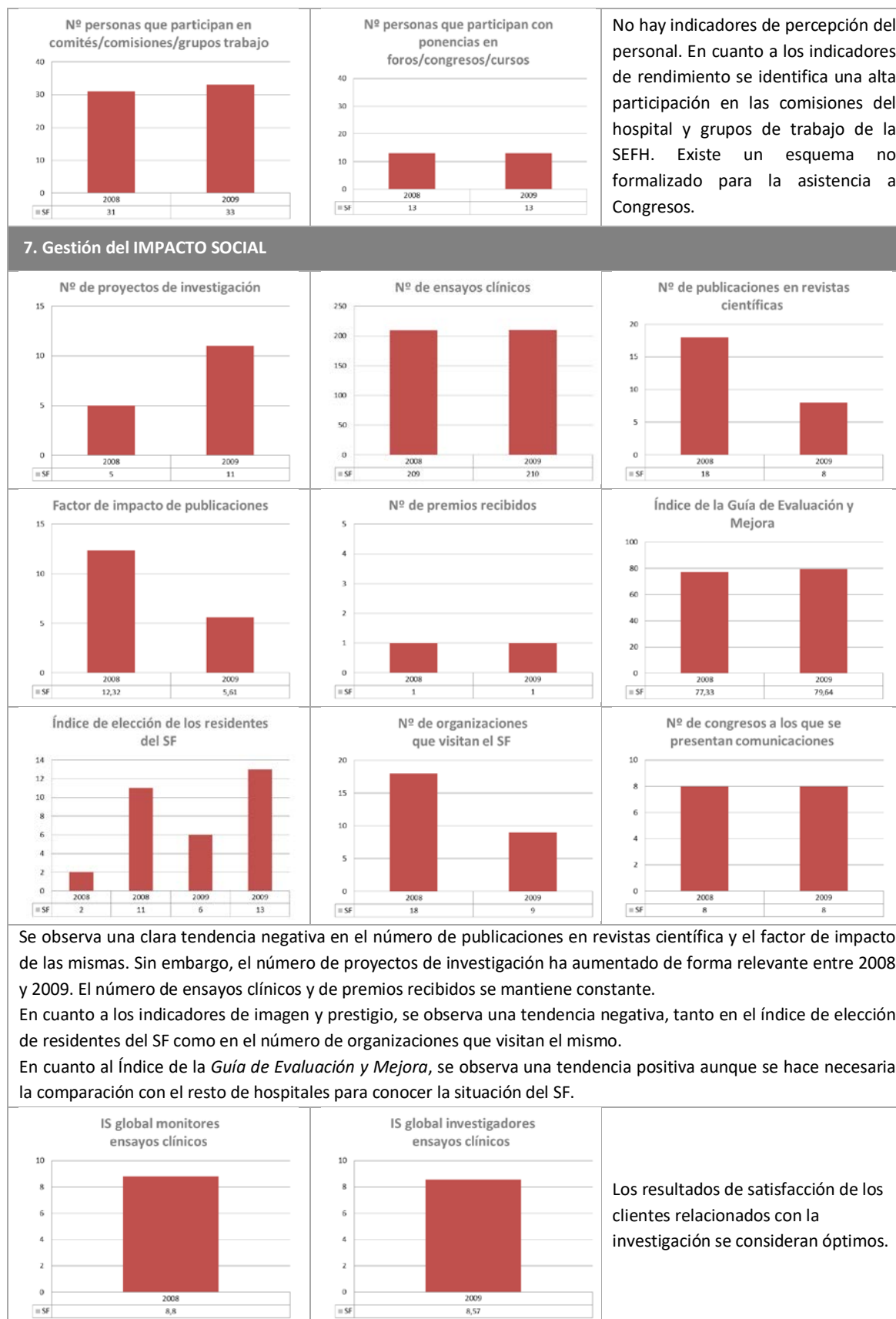
Se observa ligera mejora en los resultados del coste URV (aumento del 8,6%) y de rentabilidad económica (aumento del 25,9%) durante la fase pre-implantación. El índice de complejidad de la URV muestra una ligera disminución.

5. Gestión de los CLIENTES



Los resultados de satisfacción del PE muestran una satisfacción favorable, con diferencias poco relevantes entre 2008 y 2009.





E: enfermería; F: facultativo; IS: índice de satisfacción; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; PE: paciente externo; PRM: problema relacionado con la medicación; RNM: resultado negativo asociado a la medicación; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor.

4.2. FASE INTERVENCIÓN: IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA

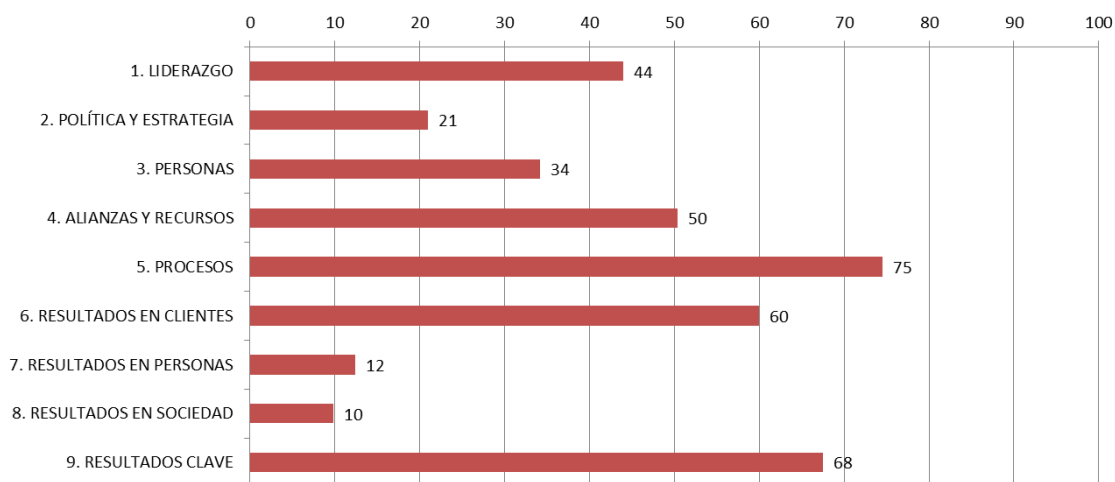
4.2.1. EVALUACIÓN DEL SGC PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA (2009):

4.2.1.1. Autoevaluación del SGC pre-EFQM (2009)

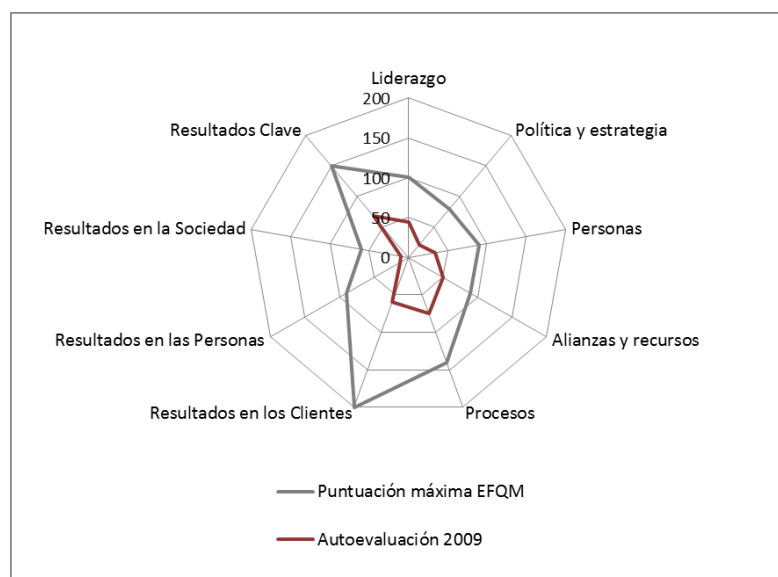
La autoevaluación del SGC previo del SF tuvo lugar en el año 2009, siguiendo la metodología EFQM: se llevaron a cabo las autoevaluaciones individuales por parte de los integrantes del equipo evaluador y se celebró una reunión de consenso donde se consensuaron los puntos fuertes y áreas de mejora que la organización tenía en este momento, desglosadas por criterio y subcriterio del modelo EFQM, así como la puntuación final del SF.

La puntuación total obtenida fue 374 puntos, desglosada por criterios según se presenta en el **Gráfico 1**.

Gráfico 1. Autoevaluación 2009: puntuación por criterios



En el **Gráfico 2**, se presenta la comparativa entre la puntuación obtenida y la puntuación máxima EFQM.

Gráfico 2. Autoevaluación 2009: puntuación obtenida respecto a puntuación máxima EFQM.

4.2.2. IMPLANTACIÓN PLAN DE MEJORA 300+: ANÁLISIS DE MEJORAS DETECTADAS EN EVALUACIÓN PRE-EFQM (2009) Y MEJORAS INTRODUCIDAS (2009-2010)

En la **Tabla 20** se presenta un análisis de las áreas de mejora detectadas en la autoevaluación del SGC previo a la implantación del modelo EFQM de gestión de la excelencia. Para cada una de ellas se especifica si ésta se ha establecido durante la fase de implantación, detallándose a continuación las mejoras concretas introducidas, o si, por el contrario, no ha sido implantada.

Tabla 20. Plan de Mejora 300+ a partir del análisis del SGC previo a la implantación del modelo EFQM de gestión de la excelencia (autoevaluación 2009)

Áreas de mejora identificadas	Implantada	No implantada
Liderazgo		
No hay evidencia clara de la existencia y formalización de la misión, visión y valores del SF.	Ver 4.2.2.1.1	
No se han establecido quiénes son los líderes del SF ni los perfiles de los mismos.	Ver 4.2.2.1.2	
Los líderes no utilizan un proceso sistemático para la identificación de mejoras en la organización.	A través de la implantación del modelo EFQM se introdujo un proceso sistemático para la realización de evaluaciones internas y externas de forma periódica para identificar mejoras en la organización.	

No hay evidencia de que la política de calidad sea suficientemente conocida por todo el personal del SF.	Se realizaron sesiones de formación para el equipo evaluador y para todo el personal en conceptos de mejora de calidad y del modelo EFQM. Se constató la necesidad de realización de formación continuada y actualizar la formación recibida.	
No hay un modelo claro de liderazgo definido para el SF.		
No está claro cómo se realiza la información/comunicación en cascada dentro de la organización, dando la impresión de que depende de cada líder.	Ver 4.2.2.1.3	
No existe una sistemática de comunicación de los objetivos, planes, metas, etc., al personal del SF.	Ver 4.2.2.1.3	
No hay evidencias de la evaluación del liderazgo en el SF, a través de metodologías adecuadas (p. ej. Feedback 360º).		
No hay evidencias de la existencia de un proceso que permita el desarrollo, despliegue y actualización de la política y la estrategia.	Ver 4.2.2.1.4	
No hay evidencias de la participación de toda la organización para la implantación del esquema de procesos.		
No existen apenas evidencias de la realización de acciones dirigidas a mejorar el medioambiente a nivel global.		
No existe un esquema formalizado, sistemático y conocido por el personal de reconocimientos o recompensas hacia dicho personal.	Ver 4.2.2.1.6	
No hay evidencias de reconocimientos a los GI del SF.	Para GI Empleados, ver 4.2.2.3.6 (Criterio Personas)	Para otros GI: no establecido
No hay evidencias de la implicación de los líderes con el sistema de gestión de la organización y del fomento de la excelencia por parte de los líderes, tanto dentro como fuera de la organización.	Ver 4.2.2.1.5	
No hay evidencias de la existencia de un plan de acogida para farmacéuticos especialistas, residentes y alumnos.	Ver 4.2.2.1.6 (Plan de acogida implantado para residentes y alumnos)	(Plan de acogida no implantado para farmacéuticos)
No hay evidencias de la recopilación de necesidades de los residentes del SF.	Ver 4.2.2.1.6	
No parece existir un esquema formalizado y sistemático para la gestión del cambio.	Ver 4.2.2.1.7	
No hay evidencias de un sistema para la planificación de actividades y el seguimiento de los cambios planificados en el SF.	Ver 4.2.2.1.7	
No parece existir una metodología para la medición de la eficacia de los cambios realizados.	Ver 4.2.2.1.7	
Política y Estrategia		
No están completamente identificados y definidos los GI	Ver 4.2.2.2.1	

clave del SF.		
No está definida la implicación de los líderes con los GI del SF.	Ver 4.2.2.2.2	
No se identifican de forma sistemática las necesidades y expectativas de los GI del SF.	Ver 4.2.2.2.3	
No está claro que la recopilación de información sea un elemento de entrada para la elaboración/revisión del Plan Estratégico del SF.		
No hay evidencias de la realización de encuestas a los principales proveedores del SF (los que suponen el 95% de facturación).		
No hay evidencia de la existencia de un CMI del SF.	Ver 4.2.2.2.4 Existen indicadores que se miden de forma sistemática en el SF, pero no se han integrado en un CMI único	
No todos los procesos tienen asociados indicadores que permitan conocer el avance y progreso alcanzado por la organización en las áreas implicadas.	Ver 4.2.2.2.4	
No hay apenas evidencias de recopilación de datos relativos a cuestiones medioambientales, legales, de seguridad o sociales.		
No está completamente definida y formalizada la recopilación de datos de rendimiento y de las actividades y elementos externos para la elaboración/revisión del Plan Estratégico.	Ver 4.2.2.2.4 Ver 4.2.2.2.5	
No está claro que la recopilación de este tipo de información sea un elemento de entrada para la formulación del Plan Estratégico del SF.	Ver 4.2.2.2.5	
No está definido y formalizado el proceso para la elaboración, revisión y seguimiento del Plan Estratégico.	Ver 4.2.2.2.5	
No se ha revisado ni realizado el seguimiento formalmente del Plan Estratégico del SF.	Ver 4.2.2.2.5	
No están identificados los factores clave de éxito ni las ventajas competitivas del SF.		
El Plan Estratégico no incluye todos los GI del SF.		
No está definido y formalizado el proceso para el despliegue del Plan Estratégico a Plan Anual.	Ver 4.2.2.2.6	
No existe una vinculación clara entre el Plan Estratégico y los planes anuales con el esquema de procesos y sus indicadores de rendimiento definidos para el SF.		
No hay evidencia de la existencia de una cartera de servicios o elemento similar que defina los compromisos del SF con sus clientes.	Ver 4.2.2.2.7	
No hay evidencias de la comunicación del Plan Estratégico ni de los objetivos anuales de forma sistemática y formalizada desde la Dirección.	Ver 4.2.2.1.3 (Criterio Liderazgo) Ver 4.2.2.2.8	
Personas		
No hay evidencia clara de la existencia de un plan o línea estratégica relacionada con los recursos humanos del SF.		
No hay evidencia de objetivos individuales o de equipo en		

el SF.		
No hay evidencias de la realización de encuestas al personal para conocer su percepción sobre el sistema de gestión del SF.	Ver 4.2.2.3.1	
No hay evidencias de planes de carrera profesional ni de sucesión dentro del SF.		Únicamente existe carrera profesional para el personal laboral fijo, establecido por los convenios vigentes de personal de la Comunidad de Madrid.
A pesar de que la responsabilidad final de la contratación no recae en el SF, no está definida y formalizada la parte del proceso de contratación en la que interviene.		
No existe un plan de comunicación interna, que mejore dicha comunicación en todos los sentidos (horizontal y vertical).	Ver 4.2.2.3.2	
No existe una sistemática para la identificación de las necesidades de comunicación del personal del SF ni para la valoración del esquema de comunicación actual.	Ver 4.2.2.3.2	
No hay evidencia clara de la existencia de una sistemática para la celebración de reuniones internas de área.	Ver 4.2.2.3.2	
No están identificadas las necesidades de formación para cada puesto de trabajo.	Ver 4.2.2.3.3	
No se detectan las necesidades de formación de forma sistemática y estructurada.	Ver 4.2.2.3.3	
No hay definido un plan de desarrollo profesional para el personal del SF.	Ver 4.2.2.3.3	
El plan de formación no se hace extensivo a todo el personal.		
Pocas evidencias de planificación de la formación para el personal de enfermería.		
No están definidos los elementos de participación y <i>empowerment</i> del personal en la gestión del SF.	Ver 4.2.2.3.4	
Pocas evidencias de delegación y asunción de responsabilidades por parte del personal de enfermería.		
No parece que la participación del personal de enfermería esté al mismo nivel que el farmacéutico en cuanto a participación en reuniones, sesiones y comisiones.		
No hay evidencias de metodologías aplicadas para la planificación de la plantilla y para la evaluación del desempeño o rendimiento del personal.	Ver 4.2.2.3.5	
No hay evidencias de un sistema definido y formalizado para la realización de acciones de reconocimiento o recompensa a las personas de la organización.	Ver 4.2.2.3.6	
No hay evidencias de la existencia de mecanismos para la prevención de riesgos laborales y la salud laboral del personal del SF.	Ver 4.2.2.3.7	
Alianzas y Recursos		
No hay evidencias de una metodología para la gestión de las alianzas, en cuanto a la identificación de la necesidad, el estudio de compatibilidad y la realización de grupos de trabajo conjuntos para el aprovechamiento de posibles	Ver 4.2.2.4.1	

sinergias.		
No hay evidencia clara de la existencia de un plan o línea estratégica relacionada con las alianzas del SF.	Ver 4.2.2.4.2	
No hay evidencia de la existencia de una metodología para la gestión de los proveedores.	Ver 4.2.2.4.3	
No hay evidencias de la existencia de la gestión presupuestaria del SF.	Ver 4.2.2.4.4	
No hay evidencias de metodologías sistemáticas para el seguimiento de la gestión económica del SF.	Ver 4.2.2.4.4	
No hay evidencia clara de la existencia de gestión de los edificios y equipos del SF.	Ver 4.2.2.4.5	
No hay evidencia de la gestión de compras y aprovisionamiento de los materiales del SF.	Ver 4.2.2.4.6	
No hay evidencia clara de la gestión de la tecnología actual y futura del SF.	Ver 4.2.2.4.7	
El cuadro de mando no está automatizado.		
Mala señalización del SF para pacientes externos.	Se ha mejorado la señalización para la localización y acceso de los pacientes externos al área de dispensación destinada a los mismos	
Se precisa una mejora del mantenimiento de los sistemas automatizados.		
Se precisa una mejora del conocimiento y utilización de la intranet del SF por parte del personal, especialmente de enfermería.	Ver 4.2.2.3.2 (Criterio Personas)	
Protección de la propiedad intelectual generada por el SF.	Ver 4.2.2.4.1	
Acceso del personal de enfermería al correo electrónico personal.		
Procesos		
No hay evidencias de la revisión y adecuación del mapa de procesos.	Ver 4.2.2.5.1	
No parece existir una metodología clara para el establecimiento y diferenciación de los tipos de procesos del SF.	Ver 4.2.2.5.1	
No están definidos indicadores de rendimiento para todos los procesos del mapa del SF ni tampoco hay definidos objetivos en todos ellos.		
No existen en este momento estándares definidos e implantados sobre aspectos medioambientales y de seguridad y salud en el trabajo.		
No existe un documento formalizado que describa las actividades de diseño de nuevos procesos que lleva a cabo el SF.	Ver 4.2.2.5.2	
No hay evidencias de la existencia de un proceso formalizado para la realización de cambios en los procesos del Servicio.	Ver 4.2.2.1.7 (Criterio Liderazgo) Ver 4.2.2.5.3	
No hay evidencias de la medición del impacto de los cambios en los procesos.	Ver 4.2.2.1.7 (Criterio Liderazgo) Ver 4.2.2.5.3	
No hay evidencias de que todo el personal del SF (auxiliares) participe en la discusión de procesos.		

No hay evidencia clara de la existencia de un procedimiento o documento descriptivo que defina la relación del SF con sus clientes en cuanto a los productos y servicios ofrecidos.	Ver 4.2.2.5.4	
Aparte de la página web y los trípticos, no parecen existir otras herramientas formales de comunicación con los clientes-pacientes ingresados.	Ver 4.2.2.5.5	
No hay evidencia de la eficacia de la página web como herramienta de difusión e información de la cartera de productos del SF.		
No parece existir un proceso establecido y formalizado de la relación con los clientes.	Ver 4.2.2.5.6	
No está definido formalmente el proceso de gestión de las reclamaciones para todos los clientes del SF.	Ver 4.2.2.2.3 (Criterio Política y Estrategia)	
No hay evidencia clara de la existencia de un proceso formalizado para la detección y priorización de las necesidades de los clientes para la implantación de nuevos procesos o cambios en los mismos.	Ver 4.2.2.5.7	
No hay evidencia de la existencia de un buzón de sugerencias para los clientes internos del Hospital.		Se puso en marcha un buzón de sugerencias para clientes externos y para el personal del SF, pero no para los clientes internos.

CMI: Cuadro de Mando Integral; EFQM: European Foundation of Quality Management; GI: Grupos de Interés; SF: Servicio de Farmacia.

4.2.2.1. Criterio 1: Liderazgo

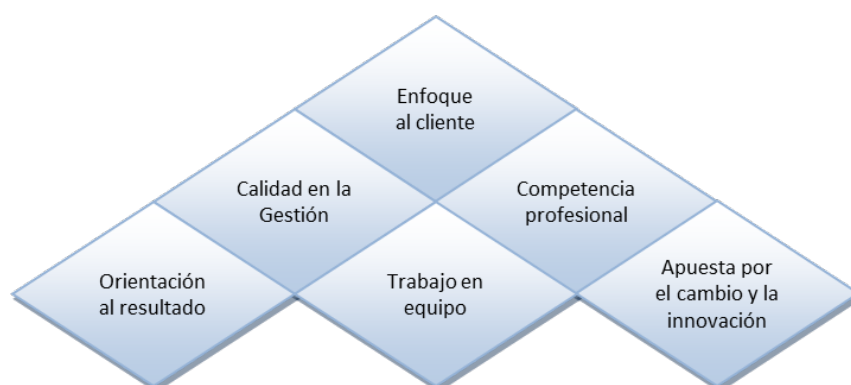
4.2.2.1.1. Definición y formalización de MVV del SF

La MVV del SF se concretó por primera vez por la actual Jefa del SF en 1997. El concepto de MVV es algo dinámico, que debe ser revisado y actualizado periódicamente. Se redefinió durante el *Plan de Mejora 300+*:

MISIÓN. *Mejorar la calidad del proceso asistencial del paciente mediante una atención individualizada que permita una farmacoterapia efectiva, segura y eficiente.*

VISIÓN. *Constituir un Servicio con un elevado nivel científico – técnico y una sólida posición competitiva en la Red Sanitaria de Utilización Pública de Madrid, prestando una asistencia eficiente, comprometida y sensible a las necesidades de los clientes y usuarios, a través de la implicación de todas las personas que componen la organización.*

VALORES. *Se representan en la **Figura 14**.*

Figura 14. Valores definidos para el SF: fase Plan de Mejora 300+.

4.2.2.1.2. Definición de los líderes y de los perfiles de los mismos

Se consideraron los diferentes niveles de la organización para definir los líderes:

- El *Comité de Dirección*: compuesto por la Jefa del Servicio, los seis coordinadores de área (dispensación y logística, atención farmacéutica al paciente ingresado; atención farmacéutica al PE y ambulatorio; elaboración; calidad; investigación y ensayos clínicos) y la Supervisora de Enfermería.
- Los *responsables específicos de actividades*: 4 coordinadores de formación (1 de formación continuada, 2 tutores postgrado, 1 responsable pregrado), 1 coordinador de investigación y 16 gestores de procesos.
- Además, todos los *participantes en grupos de trabajo y comisiones / comités hospitalarios y extrahospitalarios* son considerados representantes del SF en dichos organismos y por tanto se consideran líderes en el desarrollo de las tareas asociadas a los mismos.

Aunque no se definió explícitamente el perfil de los líderes, en la práctica de gestión y en la encuesta de personal se establecieron como valores en la cultura de gestión del SF y, por tanto, de sus líderes: delegación, *empowerment* y participación; comunicación abierta y trabajo en equipo; innovación y mejora continua; desarrollo personal y profesional de todo el personal.

4.2.2.1.3. Información y comunicación interna del SF

Los principales mecanismos estructurados por los líderes del SF para realizar una información en cascada con el resto de trabajadores de la organización se presentan en la **Tabla 21**. Dichos mecanismos definen el modelo de comunicación interna que facilita la comunicación de los objetivos y planes del SF a todo el personal y la identificación de mejoras en el SF.

Tabla 21. Modelo de comunicación interna en el SF: fase Plan de Mejora 300+

Actuación	Comunicación interna
Planificación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció una dinámica de sesiones para la comunicación interna de la planificación estratégica: <ul style="list-style-type: none"> Sesión general del SF: la Jefa de Servicio comunica los objetivos, planes y su seguimiento a todo el personal. Asimismo, se desarrollan sesiones monográficas de revisión de resultados (económicos, PAS, etc.) Sesiones de área: los coordinadores de área comunican los planes y objetivos al personal de su área específicamente.
Despliegue de Plan Estratégico y objetivos anuales	<ul style="list-style-type: none"> En las sesiones de área, cada coordinador prepara con su equipo su contribución a los planes anuales. Los coordinadores de todas las áreas se reúnen anualmente en el CD para establecer el Plan Anual y sus responsabilidades de forma coordinada. La Jefa de Servicio y los coordinadores comunican los planes anualmente en sesiones de servicio y en sesiones de área.
Seguimiento de planes y objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció un sistema de liderazgo marcado para la revisión de planes y objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento en sesiones de área lideradas por los coordinadores de los mismos y en los que participan los responsables de procesos. Seguimiento del CD mensual y seguimiento cuatrimestral en sesiones de servicio con todo el personal lideradas por la Jefa de Servicio. Seguimiento desde el Hospital con la Jefa de Servicio por parte de Dirección y Control de Gestión.
Gestión de procesos y proyectos	<ul style="list-style-type: none"> Los responsables de procesos de áreas concretas reportan a los coordinadores de los mismos. Los responsables de formación e investigación reportan a la Jefa de Servicio. Los responsables de procesos de servicios generales reportan a la coordinadora de calidad.

CD: Comité de Dirección; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; SF: Servicio de Farmacia.

Los elementos vinculados al plan de comunicación interna se presentan en el *Criterio Personas*, apartado 4.2.2.3.2, en el que además se establece la sistemática de reuniones.

4.2.2.1.4. Desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia

Los líderes del SF, a través del trabajo en equipo y liderados por la Jefa de Servicio, han desarrollado múltiples herramientas para la gestión y mejora del SF (**Tabla 22**), a través de formación específica con expertos en gestión, de colaboraciones con consultores externos y con el área de gestión de calidad del HGUGM y a través de actividades de *benchmarking* con otras organizaciones. Dichas herramientas han permitido el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia del SF.

Tabla 22. Herramientas clave de gestión para el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia: fase Plan de Mejora 300+.

Herramientas clave de gestión	Papel de los Líderes
Planificación estratégica y anual	<ul style="list-style-type: none"> Los líderes (Jefa de Servicio y CD) reciben formación específica en planificación y estructuran y revisan el sistema de planificación del SF, realizando sucesivos ciclos con mejoras en diferentes aspectos: el uso de la información, la sistemática de análisis y estructuración de estrategias, la sistemática de despliegue, el establecimiento de responsabilidades, etc.
Gestión de procesos	<ul style="list-style-type: none"> La Jefa de Servicio crea el Área de Calidad del SF y su responsable se forma en sistemas ISO, trabajando con colaboradores externos en su diseño y gestión. El CD recibe formación en cascada y colabora en la revisión y gestión del sistema. La responsable de calidad supervisa a los propietarios de los procesos, coordina las auditorías internas y lidera la coordinación para las auditorías externas. Todos los coordinadores de área son propietarios de procesos.
Sesiones de área	<ul style="list-style-type: none"> La Jefa de Servicio establece el CD y lidera la definición de la sistemática de reuniones periódicas para seguimiento y gestión de la actividad del servicio. El CD establece el sistema de gestión de áreas y sus componentes. Como coordinadores de área, lideran el seguimiento y gestión de la actividad de los mismos en reuniones periódicas del equipo.
Sistemas de información para la gestión	<ul style="list-style-type: none"> El CD, liderado por la Jefa del Servicio, establece dos áreas para la gestión de la información: <i>Área de calidad</i> y <i>Área de logística y sistemas de información</i>. El CD establece y gestiona los cuadros de mando de gestión económica, de actividad (URV) y de gestión de calidad y procesos. La coordinadora de calidad y los coordinadores de área elaboran las encuestas a clientes y personas.
Gestión de la innovación	<ul style="list-style-type: none"> La Jefa de Servicio crea el <i>Área de ensayos Clínicos</i> y el <i>Área de evaluación de medicamentos</i> y nombra coordinadores de los mismos a líderes integrantes del CD. El CD crea <i>iPharma</i> como una unidad para la gestión de la innovación tecnológica, nombrando coordinadora de la misma a otra integrante del CD, responsable de su gestión.
Autoevaluación EFQM	<ul style="list-style-type: none"> El CD se forma en el modelo EFQM y establece la dinámica de autoevaluación asistida por expertos externos.

CD: Comité de Dirección; SF: Servicio de Farmacia; URV: Unidades Relativas de Valor.

4.2.2.1.5. Implicación de los líderes en el SGC del SF y en el fomento de la excelencia

Todos los líderes del SF están implicados en el sistema de gestión del SF y en el fomento de la excelencia, como se resume a continuación:

- El CD es el principal órgano de gestión y de toma de decisiones del SF, siendo su responsabilidad la planificación estratégica y anual y la propiedad de muchos de los procesos clave del servicio. Asimismo, implican al conjunto del personal a través, principalmente, de las sesiones de área y de las sesiones de servicio.
- Los coordinadores de área son los responsables de su ámbito de actividad y a partir de los objetivos anuales gestionan los procesos de cada área de forma participativa con sesiones de área en las que participa todo el personal de los mismos.

- Los responsables de calidad aúnan y coordinan esfuerzos para enfocar la gestión del SF hacia los GI del SF a través de los planes de calidad, las encuestas a clientes y personas, la gestión de procesos, etc.
- Los coordinadores de formación e investigación lideran el desarrollo de estas actividades y reportan a la Jefatura de Servicio.
- La mayor parte del personal del SF está incluido en comisiones, comités, equipos de trabajo, etc. intrahospitalarios y extrahospitalarios en los que actúan con autonomía para aportar el conocimiento del SF y para hacer llegar a éste el conocimiento externo.

4.2.2.1.6. Plan de acogida e identificación de necesidades de los residentes del SF y los alumnos de pregrado

Residentes

Se estableció un plan de acogida para farmacéuticos residentes que consistía en una entrevista inicial personalizada con los tutores de formación en el momento de incorporación al SF. Además, se elaboró una “carpeta de bienvenida” destinada a los residentes a modo de manual de acogida.

Se estableció asimismo un procedimiento para realizar un seguimiento, en el cual se estructuraron reuniones mensuales de tutorización para la recogida de información sobre la evolución de su formación (cumplimientos de programas, rotaciones, puntos fuertes y áreas de mejora, etc.), para la identificación de sus necesidades y para dar directrices de trabajo. Además, se estructuró la encuesta para todo el personal del SF, que, al realizarse por grupos de segmentación, permite identificar las necesidades de los residentes a través de la misma.

Alumnos de pregrado

Se estructuraron entrevistas de acogida con los alumnos de pregrado por parte de la responsable del área correspondiente en el que realizan la formación y por parte del tutor de formación asignado para cada alumno.

El seguimiento se estructuró a través de entrevistas de tutoría: se establecieron reuniones semanales entre los alumnos de pregrado y sus tutores de formación.

4.2.2.1.7. Nuevo proceso: gestión del cambio

Se estableció una sistemática para la gestión de los grandes cambios del SF, que se sustenta en los procesos de planificación:

- I. *Identificación*: a partir de los análisis del entorno y del funcionamiento interno, e incluso de las previsiones de foros cualificados sobre lo que debe ser la FH en el futuro (como por ejemplo la proyección realizada por la SEFH de los SF para el año 2020), se establecen las principales estrategias y éstas establecen las necesidades de cambios relevantes. Además, en la planificación anual, las diferentes áreas del SF detectan nuevas necesidades que se proponen en los planes anuales de forma justificada.
- II. *Aprobación del proyecto de cambio*: todas las necesidades de cambio detectadas se discuten y aprueban en el CD que es quien toma las decisiones finales en los planes del SF. Una vez incluidos dichos cambios en los planes, los proyectos de cambio tienen establecido un objetivo y una responsabilidad en función de su ámbito de impacto.
- III. *Organización y seguimiento de los proyectos de cambio*: todos los proyectos relevantes que provienen de la planificación disponen de una primera estructuración en los propios planes, y, cuando es necesario, se establece un conjunto de actividades o proyectos en los que se subdivide el proyecto inicial. A cada proyecto de cambio surgido de la planificación se le asigna un responsable. Los responsables de cada proyecto organizan el mismo: actividades, calendarios, seguimientos, colaboradores, etc., en función del tipo de proyecto de que se trate.
- IV. *Revisión y medición de la eficacia del proyecto de cambio*: cuando finalizan los proyectos, se evalúan sus resultados cuantitativa y/o cualitativamente, en función de sus objetivos.

Se estructuraron y clasificaron los proyectos de cambio realizados hasta el momento; se presentan los más significativos en la **Tabla 23**.

Tabla 23. Relación de proyectos de cambio realizados: fase Plan de Mejora 300+.

Tipo	Proyecto	Mejoras realizadas
Mejora de servicios	Medicina personalizada: farmacocinética	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de nuevos servicios que permiten adaptar los tratamientos farmacológicos a cada persona en función del comportamiento de los mismos en su propio cuerpo.
Cambio tecnológico	Prescripción automatizada	<ul style="list-style-type: none"> Registro único de información al que acceder con agilidad para médicos, farmacéuticos y enfermería. Permite alertar a los médicos cuando las prescripciones suponen riesgos y orienta a la utilización de protocolos establecidos. El uso de la prescripción electrónica es mayoritaria en el Hospital.
	Dispensación automatizada	<ul style="list-style-type: none"> Se ha desarrollado una dispensación totalmente alineada con la prescripción médica y con total control de consumos sobre los pacientes, minimizando errores de dispensación, mejorando la agilidad y eficiencia de la misma y reduciendo los costes.

Cambio proceso y recursos	Desarrollo de la elaboración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio estructural del área en cuanto a instalaciones y al circuito del proceso que ha supuesto seguridad y mejora en la preparación, mejora de las condiciones de trabajo para el personal y también la mejora del servicio, ya que los medicamentos intravenosos se envían completamente preparados.
Organización y gestión	Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanto el proyecto de certificación ISO, como la adopción de los principios de la excelencia de la EFQM han permitido desarrollar de forma más organizada la gestión del negocio y la gestión de las personas que lo desarrollan.

4.2.2.2. Criterio 2: Política y Estrategia

4.2.2.2.1. Identificación de los GI clave de la organización

El SF del HGUGM identificó sus GI clave en función del impacto de sus actividades:

1. Clientes: son los receptores de los servicios asistenciales del SF (internos y externos); además el SF tiene clientes ligados a otras actividades de docencia e investigación.
 - *Clientes internos:* facultativos y personal de enfermería de las UA a los que se les presta los servicios de aprovisionamiento, dispensación, apoyo en el conocimiento y adecuada gestión del medicamento.
 - *Clientes externos:*
 - *Pacientes ingresados o ambulatorios del HGUGM:* aquellos a los que va dirigida la elaboración y/o dispensación de medicamentos específicos directamente del SF, a través de las UA.
 - *Pacientes externos:* aquellos a los que se les presta servicio farmacéutico directo.
 - *Atención primaria:* con los que interrelaciona el SF para la continuidad asistencial del paciente.
 - *Clientes de docencia:* organizaciones docentes (Universidades, Escuelas de técnicos de Enfermería, etc.) y los alumnos de las mismas en estudios pre y postgrado (alumnos residentes, alumnos residentes en rotación, alumnos en prácticas).
 - *Clientes de investigación:* investigadores y empresas u organizaciones que gestionan los proyectos de ensayos clínicos (empresas farmacéuticas, CRO, etc.) en las que es participante el SF.
2. Accionistas
 - El *HGUGM*: al que está adscrito el SF, formando parte de su estructura organizativa para dar servicio a los pacientes y como área de apoyo a los servicios del Hospital.

- El *SERMAS*: que, como responsable de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, dirige el HGUGM y las unidades de atención primaria propias de la red sanitaria.
3. Empleados: cuya competencia, capacidad e integración permite prestar unos servicios eficaces y eficientes.
 4. Aliados y proveedores clave: organizaciones que colaboran con el SF en el desarrollo de los servicios, en el funcionamiento interno, en su impacto económico y en la obtención de sinergias.
 5. La Sociedad: en la que el SF impacta directamente a través de su capacidad docente, su capacidad investigadora, la gestión del conocimiento y del impacto ambiental de los productos que gestiona.

4.2.2.2. Implicación de los líderes con los GI del SF

Además de la identificación y definición de los GI, se definió la implicación de los líderes con los mismos, que se resume en la **Tabla 24**. Cada uno de los mecanismos de interrelación entre los líderes y los GI del SF es revisado por sus responsables y en conjunto por el CD.

Tabla 24. Implicación de los líderes con los grupos de interés del SF: fase Plan de Mejora 300+.

Grupos de interés	Papel de los líderes
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta de satisfacción de pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> – La coordinadora de área ha elaborado las encuestas a pacientes externos, liderada por la coordinadora de calidad. – Se programa que se emita anualmente un informe de resultados para analizar en el área y posteriormente en el CD. ▪ Gestión de SQR en el área de pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> – Cada coordinador de área analiza las SQR en las que está implicado para dar respuesta a los mismos. – El informe anual de SQR se analiza en el CD para la planificación. ▪ Entrevistas personales en consultas de pacientes externos y con pacientes hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> – Los coordinadores de las áreas correspondientes definen la estructura de las entrevistas y la actualizan. – Los coordinadores participan en la realización de las entrevistas con pacientes. ▪ Interrelación con asociaciones de pacientes <ul style="list-style-type: none"> – Los responsables del SF se interrelacionan con los representantes de pacientes a través de su participación en la SEFH y sus equipos de trabajo. – Reuniones en foros, congresos y cursos con dichos representantes.
Unidades Asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupos de trabajo/comités/comisiones del HGUGM: todos los responsables del SF pertenecen o participan habitualmente en estos grupos/comités/comisiones y, en muchos casos, con papeles de coordinadores o secretarios de los mismos, especialmente en aquellos que tienen que ver con la farmacoterapia. ▪ Reuniones con UA y con la Dirección de Enfermería: La coordinadora de logística y dispensación y la Supervisora de Enfermería desarrollan reuniones anuales con todas las UA del HGUGM y trimestralmente con la Dirección de Enfermería.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyectos conjuntos con UA específicas <ul style="list-style-type: none"> – La Jefa de Servicio desarrolla los acuerdos con los responsables de las UA. – La responsable del proceso con el que se relaciona el proyecto apoya las negociaciones de acuerdos y se reúne con los responsables de la UA para la gestión del proyecto. ▪ Encuestas anuales a las UA <ul style="list-style-type: none"> – Los coordinadores de las áreas implicadas participan en la definición de la encuesta con la coordinadora de calidad y analizan el informe de resultados para la planificación. – La coordinadora de calidad comunica resultados al personal. – La coordinadora de calidad lidera los grupos focales y de mejora con las UA.
Docencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas de acogida a los alumnos de pregrado: la responsable del área correspondiente y los tutores de formación estructuran y realizan las entrevistas de acogida de todos los alumnos. ▪ Reuniones con responsables de Universidades, Institutos de Educación Secundaria, etc.: a partir de los acuerdos generales realizados por la Gerencia del Hospital, los tutores de formación realizan todas las reuniones de seguimiento y mejora con los responsables de los alumnos de dichas entidades.
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones para la planificación y seguimiento de proyectos de investigación y ensayos clínicos: <ul style="list-style-type: none"> – La Jefa de Servicio realiza los acuerdos de investigación con los promotores de los mismos. – La coordinadora de ensayos clínicos participa en el Comité de Ética e Investigación Clínica del HGUGM. – La coordinadora de ensayos clínicos se reúne con los monitores de ensayos para la supervisión y seguimiento de los mismos.
Accionistas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Jefa de Servicio se reúne de forma periódica con el órgano de gobierno del HGUGM para el seguimiento de los objetivos. ▪ La Jefa de Servicio asiste a las reuniones convocadas por el SERMAS.
Aliados y proveedores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Jefa de Servicio establece los acuerdos con los aliados del SF. ▪ Los responsables de proyecto y/o coordinadores de áreas realizan las reuniones de seguimiento de los proyectos del SF. ▪ Sistema de evaluación de proveedores incluido en el Sistema ISO 9001 e ISO 14001. ▪ La Jefa de Servicio y la coordinadora del área de gestión realizan las negociaciones de proveedores de medicamentos y el seguimiento. ▪ Los responsables de las áreas correspondientes negocian con el resto de proveedores (Ej.: equipamientos).
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extensión de la participación de líderes en docencia, investigación y gestión del conocimiento. ▪ La Jefa de Servicio forma parte del CD de la Sociedad Madrileña de Farmacia Hospitalaria. ▪ El CD y los coordinadores de áreas organizan y participan en las actuaciones de gestión del conocimiento.

CD: Comité de Dirección; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; SF: Servicio de Farmacia; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SQR: solicitudes, quejas y reclamaciones; UA: Unidades Asistenciales.

4.2.2.2.3. Identificación de necesidades y expectativas de los GI

Se establecieron los mecanismos de evaluación de las necesidades y expectativas de los GI definidos, que permiten mantener un conocimiento profundo de las necesidades técnicas y de relación / atención de los mismos. Se describen en la **Tabla 25**.

Tabla 25. Identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés: fase Plan de Mejora 300+.

Grupos de Interés	Elementos de identificación y valoración
Cientes internos: UA	<ul style="list-style-type: none"> – Grupos de trabajo conjunto con UA. – Reuniones anuales con los supervisores de todas las UA. – Reunión trimestral con la Dirección de Enfermería del HGUGM. – Reuniones con las UA para la puesta en marcha de nuevos servicios o remodelaciones de los mismos. – Participación en CFT y otras comisiones hospitalarias. – Participación en proyectos conjuntos. – Encuestas bienales a facultativos y personal de enfermería de las UA, que valoran dispensación, apoyo, horarios, información, atención, etc. y aportan sugerencias de mejora. – Sistema de reclamaciones de clientes internos
Cientes externos: paciente externo	<ul style="list-style-type: none"> – Encuestas anuales de satisfacción de pacientes externos, con preguntas abiertas. Evalúa las consultas y dispensación (utilidad, información, atención), instalaciones, organización, global y sugerencias de mejora. A partir de la encuesta se elabora un informe que se analiza por los responsables del área y la Jefa de Servicio. – Buzón de sugerencias: se abre mensualmente para dar tratamiento específico a cada una de las sugerencias recibidas. Anualmente se elabora un informe global de sugerencias que se analiza por el CD. – Proceso de gestión de reclamaciones, con la participación de los responsables de las diferentes áreas y que da lugar a un informe anual de reclamaciones que es analizado por el CD. – Sistema de reclamaciones de cliente externo a través del servicio de Atención al Paciente del HGUGM. – Entrevistas personales de consultas: contacto directo con el paciente, que permite identificar necesidades específicas del paciente y genéricas aplicables al conjunto. – Estudios y análisis propios de prevalencias de patologías, mediante los cuales se identifican tendencias que anticipan las necesidades futuras y su relevancia. Dichos estudios se realizan anualmente con la realización de la memoria del servicio. – Interrelación con asociaciones de pacientes a través de la SEFH. – Sistema telefónico de atención y resolución de incidencias. – Análisis conjunto con UA para el análisis y mejora de incidencias de servicio.
Cientes externos: paciente hospitalizado y ambulante	<ul style="list-style-type: none"> – Todos los elementos citados en el apartado anterior proporcionan información de necesidades en aspectos técnicos y terapéuticos aplicables también a pacientes hospitalizados y ambulantes con los que existe un contacto generalmente intermediado por las UA del HGUGM. – Grupos de trabajo en conjunto con las UA del HGUGM para el análisis de necesidades farmacoterapéuticas y asociadas a la información de los pacientes. – Actividades de información directa a los pacientes con tratamientos farmacológicos complejos (polimedicados) a través de entrevistas personales, en las que se identifican necesidades y expectativas. – Entrevistas directas con los pacientes que ingresan para llevar a cabo un proceso de conciliación farmacoterapéutica. La información obtenida es tratada informáticamente y se realiza un tratamiento agrupado de datos que da lugar a informes para el análisis en el servicio.
General pacientes	<p>Además de los mecanismos descritos con anterioridad, existen múltiples mecanismos que aportan información general de las necesidades y expectativas de los pacientes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Revisiones bibliográficas – Estudios de prevalencias del HGUGM y de los servicios sanitarios – Análisis y estrategias del HGUGM relativas a dichas necesidades – Trabajo en equipo con las UA del HGUGM y grupos de trabajo externos
Cientes de docencia	<ul style="list-style-type: none"> – Reuniones para el establecimiento de acuerdos y seguimiento con universidades (trimestrales) y escuelas (semanales).

	<ul style="list-style-type: none"> – Requisitos de la acreditación docente y las auditorías de acreditación. – Entrevistas y encuestas de acogida y de salida a los alumnos y residentes. – Entrevistas grupales y personales alumnos/residentes – tutores. – Encuesta a alumnos con preguntas abiertas.
Accionistas: HGUGM y SERMAS	<ul style="list-style-type: none"> – Reuniones con la Dirección del HGUGM para el acuerdo de objetivos ligados al Contrato de Gestión del SERMAS. – Reuniones de seguimiento semestrales con las Direcciones asistenciales del HGUGM. – Reuniones mensuales con la Dirección de Gestión para el control presupuestario. – Reuniones específicas con la Dirección para temas específicos.
Empleados	<ul style="list-style-type: none"> – Buzón de sugerencias – Entrevistas personales de las responsables con cada auxiliar de enfermería antes de cada rotación en el SF (febrero, junio, octubre). – Reuniones mensuales de área (personal farmacéutico) – Sesiones de servicio semanales (todo el personal farmacéutico y responsables). – Reuniones ad hoc para proyectos, cambios relevantes, etc. – Contacto directo y diario con el personal.

CD: Comité de Dirección; CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; SF: Servicio de Farmacia; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; UA: Unidades Asistenciales.

4.2.2.2.4. Información de la actividad y el rendimiento: cuadros de mando e indicadores

Se estableció una completa batería de indicadores para la gestión de la actividad y del rendimiento a través de sistemas de información estructurados en cuadros de mando segmentados según la siguiente **Tabla 26**. Asimismo, se redactaron instrucciones técnicas para la definición de los indicadores del servicio y su fuente y forma de obtención.

Tabla 26. Información de la actividad y el rendimiento: cuadros de mando e indicadores: fase Plan de Mejora 300+.

Tipo Información	Características / Funcionamiento	Ámbito / Segmentación
Información de actividad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SF implantó un cuadro de mando de actividad en el que se detalla la actividad de todas sus áreas de forma mensual/anual y con comparación de histórico. ▪ El sistema de medición se basa en: <ul style="list-style-type: none"> – El registro de todas las actividades realizadas en el SF. – La transformación de todas las actividades en unidades estándar de trabajo URV comparables. ▪ En función del nº de actividades y de las URV realizadas se dispone del Índice de complejidad del SF. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segmentación: <ul style="list-style-type: none"> – Global y por áreas (gestión, dispensación, elaboración, atención farmacéutica, monitorización terapéutica e investigación). – Cada área por todos los tipos de actividad desarrollados en la misma.
Información económica del área (eficiencia)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según el esquema del cuadro de mando de actividad y en función de los costes operativos, el SF establece la evaluación del coste por URV. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Global del SF, con histórico y comparaciones.
Gestión económica del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SF estableció un cuadro de mando económico en el que se detalla el coste del medicamento en el HGUGM de forma mensual/anual y con 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumos globales ▪ Consumos por tipo de paciente. ▪ Consumos por grupos de

en el hospital	comparación de histórico. ▪ El sistema trabaja con compras y consumos, permitiendo evaluar la calidad de compra (función exclusiva del SF) y la eficiencia del consumo por evaluación conjunta de actividad del HGUGM y consumo farmacéutico (función conjunta entre el SF y las UA, liderada por el SF y la CFT).	medicamentos. ▪ Consumos por medicamentos específicos a controlar. ▪ Costes por patologías específicas y costes por paciente para cada patología. ▪ Costes según procesos del HGUGM (Ej.: hospitalización, hemodiálisis, Hospital de día oncológico, etc.)
Gestión calidad: servicio al cliente	▪ El SF dispone de encuestas directas a los clientes de sus servicios, tanto internos como externos; los resultados son incluidos en informes correspondientes a cada encuesta y se presentan al CD para su análisis.	▪ Se dispone de encuestas para: pacientes externos, enfermería, facultativos, investigadores y para monitores de ensayos clínicos. ▪ Las encuestas valoran: servicios prestados, aspectos organizativos, atención al personal y valoración global.
Gestión calidad: procesos de farmacia	▪ El SF dispone de un cuadro de mando de procesos en el que se tienen identificados los indicadores clave de calidad de cada proceso. ▪ Dicho cuadro presenta los datos mensuales y/o anuales con comparativas de histórico y con estándares de referencia.	▪ Se evalúan los indicadores clave de procesos / actividades relevantes del servicio.
Gestión calidad: docencia e investigación	▪ El SF dispone de indicadores referentes a las actividades de docencia y de investigación: actividad docente, valoración de los alumnos y residentes, evaluaciones de la acreditación docente, actividad en proyectos investigación, actividad en ensayos clínicos, actividad y factor de impacto en publicaciones, etc.	▪ Global del SF, con histórico y comparaciones.

CD: Comité de Dirección; CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor.

4.2.2.2.5. Elaboración, revisión y seguimiento del Plan Estratégico

La planificación estratégica del SF del HGUGM ha tenido un desarrollo largo en el tiempo, desde el año 1997 en el que incorporó al SF la actual Jefa de Servicio. En ese momento se desarrolló un estudio de puntos fuertes, puntos débiles y propuestas de mejora en colaboración con los responsables de las distintas áreas del SF. De esta manera se puso en marcha el primer Plan Estratégico del SF. En 2001, tras una revisión del mismo, se actualizó y redactó un nuevo Plan Estratégico con 18 líneas estratégicas relativas a los diferentes ámbitos analizados; éste se presentó y aprobó oficialmente por la Dirección del HGUGM en 2002, iniciándose un nuevo ciclo estratégico del SF.

En el año 2004, la Dirección del HGUGM planteó la necesidad de establecer un Plan Estratégico general para el hospital y, de forma consecuente, un Plan Estratégico del SF que apoyara el general. Para ello se formó al CD del SF en planificación y se estableció una estructura de Plan Estratégico basada en:

- *Prioridades Estratégicas*: líneas estratégicas globales para el SF.
- *Objetivos*: especificación en objetivos cualitativos de funcionamiento del SF para la consecución de cada prioridad estratégica.
- *Estrategias*: líneas de actuación a desarrollar en el ámbito del Plan Estratégico (3 años) para la consecución de los objetivos.
- *Indicadores*: mediciones a realizar para el control del avance de las estrategias.

Para la elaboración del nuevo Plan Estratégico (con un ámbito de aplicación 2005-2007), el SF desarrolló una captación de información interna y externa estructurada. Como resultado del proceso se establecieron 3 Prioridades Estratégicas, 13 Objetivos, 20 Estrategias y 25 indicadores clave de medición de la evolución de las estrategias.

Tras este ciclo estratégico, en 2007, mediante la metodología y estructura anteriormente mencionada, el SF realizó una nueva actualización estratégica y desarrolló el Plan Estratégico 2008-2009, que es el que se encuentra vigente al inicio del estudio y que se ha definido en el apartado de *Material y método: Ámbito (Tabla 15)*. El análisis de la información interna y externa necesarias para el desarrollo y actualización del Plan Estratégico está establecido con los elementos descritos en la **Tabla 27**.

Tabla 27. Fuentes de información para la planificación estratégica: fase Plan de Mejora 300+.

Fuente	Información
<i>Guía de Gestión de los SF</i> (1997)	Define áreas de actividad y productos / servicios.
<i>Guía de Evaluación y Mejora de los SF</i> (1998)	Establece un procedimiento de evaluación que conjuga aspectos estructurales, de calidad, de productividad, etc.
<i>Catálogo de Productos y Facturación de los SF</i> (2009)	Introduce la herramienta URV para la medición de la actividad en términos equivalentes.
Objetivos estratégicos para 2015 establecidos por la ASHP (2001)	Líneas estratégicas y objetivos concretos para el avance de la FH: alineamiento contra los estándares definidos.
Objetivos estratégicos para 2020 establecidos por la SEFH (2008)	Líneas estratégicas y objetivos concretos para el avance de la FH: alineamiento contra los estándares definidos.
Encuestas de satisfacción de clientes (Pacientes, UA, investigadores y monitores de ensayos clínicos).	Identificación de las necesidades y expectativas de los clientes del SF
Indicadores de actividad, económicos y de rendimiento.	Resultados objetivos relacionados con la estrategia y los procesos del SF
Plan Estratégico del HGUGM	Marco de referencia

ASHP: *American Society of Health-System Pharmacists*; FH: Farmacia Hospitalaria; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; SF: Servicio de Farmacia; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor.

Los diferentes ciclos estratégicos que se han descrito son el ejemplo de la permanente mejora en la utilización y amplitud de las fuentes de información y en la dinámica utilizada para la elaboración, revisión y seguimiento del Plan Estratégico. Fruto de la implantación del nuevo

sistema de gestión, objetivo principal de este estudio, el SF comenzó a desarrollar un nuevo proceso de planificación estratégica en el que se está mejorando la estructuración de la información con un cuadro de mando único, la potenciación de la información directa de clientes y de procesos y con una nueva ordenación de objetivos y factores clave de éxito (FCE) para dar una mayor solidez a la reflexión estratégica. Este proceso no se encuentra completamente finalizado en esta fase del estudio.

4.2.2.2.6. Despliegue del Plan Estratégico a Plan Anual

Se estableció un procedimiento para la elaboración de los planes anuales del SF del HGUGM. Se presentan a continuación los puntos clave del mismo:

1. Fuentes de información: el Plan Estratégico del SF, el Contrato Gestión del SERMAS (a través del cual el HGUGM establece los objetivos anuales para el SF), los resultados de los indicadores del SF y la información actualizada sobre tecnología.
2. Establecimiento de objetivos y responsables:
 - Para cada *línea estratégica* se identifican las *áreas* que contribuyen a su desarrollo.
 - Para cada *área* se revisan y discuten los *objetivos* de actuación preparados por el área y aquellas aportaciones del resto del CD que se consideran convenientes.
 - A cada *objetivo* se le asigna un *responsable* (anteriormente la responsabilidad era para el área, no se establecía un responsable concreto)
3. Seguimiento del Plan Anual: el CD es el responsable de realizar el seguimiento del Plan Anual y de establecer un sistema de mejora continua del mismo. Mediante el análisis de evaluación de los resultados y el seguimiento del cumplimiento de los planes, la formación y el trabajo con expertos en planificación, se establecen las necesidades de mejora del sistema.

4.2.2.2.7. Definición de la cartera de servicios

En la **Tabla 28** se presenta la cartera de servicios que se estableció durante el *Plan de Mejora 300+*, adaptada a la realidad y entorno del HGUGM.

Tabla 28. Cartera de servicios del SF del HGUGM: fase Plan de Mejora 300+.

AREA DE GESTIÓN	AREA DE DISPENSACIÓN	AREA DE ELABORACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión clínica de la farmacoterapia ▪ Gestión de adquisiciones, gestión de stocks: actividad automatizada mediante la instalación de sistemas automatizados de dispensación con la tecnología de código de barras. ▪ Gestión de consumos y seguimiento presupuestario. ▪ Gestión del Servicio que incluye la elaboración de una memoria anual asistencial – docente – investigadora. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes hospitalizados: el hospital cuenta con 800 camas con un circuito del medicamento totalmente automatizado, desde la prescripción hasta la dispensación. ▪ Pacientes externos: dispensación informatizada mediante la tecnología de código de barras y dos módulos de consulta de atención farmacéutica, cuya actividad está integrada en el sistema electrónico de la documentación clínica del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulaciones no estériles magistrales y normalizadas. ▪ Formulaciones estériles magistrales y normalizadas. ▪ Mezclas intravenosas. ▪ Nutrición parenteral ▪ Citotóxicos. ▪ Reenvasado.
AREA DE GESTIÓN DE RIESGOS		AREA DE FARMACOCINÉTICA
Farmacovigilancia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notificación de RAM y seguimiento por paciente. ▪ Programas educativos de prevención de RAM. ▪ Alertas y retiradas de medicamentos. ▪ Programas de gestión de riesgos y uso seguro de los medicamentos. ▪ Programas educativos de prevención de errores de medicación. ▪ Realización de estudios sobre errores de medicación. ▪ Programas de notificación de errores. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio farmacocinético de fármacos de estrecho margen terapéutico.
		AREA DE FARMACOGENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinación de polimorfismos genéticos relacionados con una baja eficacia o alta toxicidad a los siguientes fármacos: irinotecan, 5-fluoruracilo, capecitabina, tamoxifeno, panitumumab, 6-mercaptopurina, azatioprina y abacavir.

RAM: reacciones adversas de medicamentos

4.2.2.2.8. Plan de comunicación de la estrategia y objetivos del SF

Se estableció un plan de comunicación interna de la estrategia y objetivos del SF al personal del SF, para su conocimiento e integración (definido en el *Criterio Liderazgo*, apartado 4.2.2.1.3). Asimismo se estableció un plan de comunicación externa. Este último se concretó en:

- A los responsables del HGUGM para su aprobación (Direcciones Asistenciales y Subdirección de Gestión). Se le reportan los informes del cuadro de mando económico mensualmente, y el Contrato Gestión (PAS) trimestralmente.
- Al resto del personal del HGUGM: a través de la intranet del hospital, se realizó un proceso de mejora de la información contenida en la misma.

4.2.2.3. Criterio 3: Personas

4.2.2.3.1. Elaboración y realización de la encuesta de personal

Durante el *Plan de Mejora 300+*, se definió la encuesta de personal. Para la elaboración de la misma, un equipo de trabajo formado por la responsable de calidad del SF, la Supervisora de Enfermería y el asesor externo, analizó los factores de motivación y satisfacción de los profesionales del SF, estructurando un sistema de factores y dimensiones de evaluación basadas en las necesidades, características y rasgos de la cultura del SF. A partir de las dimensiones identificadas se establecieron los principales aspectos de cada una de ellas a tener en cuenta y éstos se tradujeron en preguntas de encuesta. Para su discusión y ajuste, esta estructura se analizó por el CD del SF y por un grupo de personas representativas de todos los colectivos profesionales que trabajan en el SF para analizar la inclusión de todos los elementos relevantes en la satisfacción e integración de las personas y la adecuación y comprensión de las preguntas a cumplimentar por el personal (un total de 68 preguntas cerradas y una abierta a comentarios). La estructura de factores y dimensiones a valorar en la encuesta quedó definida según se presenta en la **Tabla 29**.

Tabla 29. Estructura de factores y dimensiones de la encuesta de personal

FACTORES	DIMENSIONES
SATISFACCIÓN GLOBAL	
SATISFACCIÓN CON LA EMPRESA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagen de la empresa ▪ Objetivos de empresa ▪ Estructura organizativa ▪ Innovación ▪ Valores
SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funciones y responsabilidades ▪ Organización del trabajo ▪ Recursos ▪ Tecnología ▪ Condiciones de trabajo ▪ Información y comunicación ▪ Formación y desarrollo profesional
SATISFACCIÓN DE FACTORES PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Empowerment</i> ▪ Estilo de gestión ▪ Reconocimiento ▪ Participación ▪ Ambiente de trabajo ▪ Gestión laboral ▪ Recompensa / Retribución

Una vez el sistema fue diseñado y ajustado, se procedió a valorar las posibilidades de segmentación para poder llevar el análisis posterior a su máxima profundidad, encontrándose

como variable fundamental el colectivo de personas por estamento ya que éste define cadena de mando y tipo de trabajo, no siendo viable una nueva segmentación por áreas ya que para el personal titulado superior podría poner en duda el anonimato de la cumplimentación y para el personal de enfermería no era de gran utilidad, ya que realizan su trabajo de forma rotatoria.

Se estableció una periodicidad bienal para la realización de la encuesta, siendo ésta realizada por primera vez en el año 2010, con una participación del 94% del personal.

4.2.2.3.2. Sistema de comunicación interna

Se estructuró un plan de comunicación interna, descrito en el *Criterio Liderazgo*, apartado 4.2.2.1.3., del que derivan los elementos descritos en la **Tabla 30**, que permite la identificación de las necesidades del personal del SF.

Tabla 30. Elementos del sistema de comunicación interna: fase Plan de Mejora 300+.

Elementos Comunicación	Funciones	Mecanismo	Frecuencia
Comité de Dirección	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de planes y objetivos. Comunicación de resultados, directrices del HGUGM, etc. de la Jefatura del Servicio a responsables. Recepción de reportes de las áreas y proyectos, solicitudes y sugerencias. 	Reunión / acta	Mensual
Sesiones de servicio	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de decisiones del CD. Información sobre resultados, directrices del HGUGM, etc. Recepción de reportes de áreas y proyectos, solicitudes y sugerencias. 	Reunión / acta	Semanal
Sesiones de área	<ul style="list-style-type: none"> Información de resultados, directrices del HGUGM y acuerdos específicos del CD. Recepción de reportes de los procesos, actividades, solicitudes y sugerencias 	Reunión / acta	Mensual
Sesiones del personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de objetivos, resultados y directrices. Recepción de sugerencias y solicitudes. 	Reunión	Según necesidades
Reuniones con Dirección	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación personal / grupal de temas específicos. Recepción de información sobre problemática o situaciones específicas. 	Reunión	Según necesidades
Seguimiento de la formación de residentes	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones de tutorización para la recogida de información sobre la evolución de su formación (cumplimientos de programas, rotaciones, puntos fuertes y áreas de mejora, etc.) y para dar directrices de trabajo. 	Reunión / acta	Mensual
Correo electrónico	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación bidireccional entre los profesionales (el personal farmacéutico y administrativo disponen de una cuenta de correo personal). 	Escrito	Según necesidades
Notificaciones	<ul style="list-style-type: none"> Comunicaciones administrativas de carácter laboral, eventos, acciones formativas, etc. 	Escrito	Según necesidades
Tablones de anuncios	<ul style="list-style-type: none"> Comunicaciones genéricas: laborales, calidad, formación, etc. Existencia de tres tablones en diferentes ubicaciones del SF 	Escrito	Según necesidades

	(escaleras acceso, área unidosis, sala de reuniones).		
Carpetas colgantes	▪ Sistema documental estructurado por áreas que soporta la información / comunicación de procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo.	Escrito	Permanente
Grupos focales de mejora	▪ Recogida de necesidades, ideas y sugerencias sobre áreas de mejora específicas.	Reunión / acta	Según necesidades

CD: Comité de Dirección; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Además de los elementos específicos de comunicación descritos en la tabla anterior, el SF puso en marcha durante el año 2010 un portal de intranet para el SF, localizado en la propia intranet del HGUGM en el que se incluyen informaciones tanto para el propio personal del SF como para el conjunto del personal del HGUGM, como: información general (noticias, calendario de eventos, sugerencias, preguntas frecuentes, forma de contacto con el personal del SF, etc.); cartera de servicios (con una descripción y enlaces documentales de cada área del servicio); aspectos referentes a la docencia (planes formativos, documentación y calendario de sesiones del servicio, etc.); investigación (actividad científica del servicio); calidad y compromiso con el medioambiente; noticias, notas de prensa y publicaciones; enlaces de interés; galería de videos y fotos. El conocimiento y utilización de la misma se presentó para todo el personal del SF.

4.2.2.3.3. Formación continua y actualización del personal

Se estructuraron los mecanismos de formación y actualización del personal en los siguientes elementos:

I. Identificación de necesidades de formación y actualización del personal, a partir de:

- Catálogo de conocimientos y cursos de formación que cada área ha identificado como básicos para el trabajo en los mismos y que todos sus componentes deben desarrollar.
- Necesidades detectadas derivadas de los planes estratégicos y anuales.
- Necesidades detectadas por cambios en la actividad (por ejemplo, nuevos servicios) y/o cambios tecnológicos (por ejemplo, sistemas de dispensación automatizada).
- Necesidades de actualización en cada área para que el personal se mantenga al día de las novedades en sus áreas de trabajo y responsabilidad.

II. Sistemas de formación y actualización continua: se estableció el Plan de Desarrollo Profesional, que se presenta en la **Tabla 31**.

Tabla 31. Plan de Desarrollo Profesional: fase Plan de Mejora 300+.

Sistema	Características y funcionamiento
Asistencia a cursos de formación	<ul style="list-style-type: none"> En función de las necesidades detectadas se establecen las acciones formativas a realizar por las personas y se aprueba por el Comité de Dirección. Las acciones formativas son evaluadas por los asistentes para modificar / mejorar los mismos.
Portal de formación online (<i>e-learning</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Se ha estructurado una sistemática de formación <i>e-learning</i> en la que se establecen las características de contenidos, objetivos, exámenes, etc. Se ha desarrollado y está activo el programa piloto “Sistemas automatizados de dispensación”.
Sesiones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> Se ha establecido la sistemática de <i>sesiones de servicio</i> y <i>sesiones bibliográficas</i> periódicas en las que se presentan cursos, ponencias, artículos, etc. que son de interés, se discuten buenas prácticas, etc. Se ha editado un programa estructurado de contenidos.
Asistencia a congresos y foros	<ul style="list-style-type: none"> Se han identificado los congresos / foros principales a los que es necesario asistir. Se han asignado las ponencias específicas para especialización y sistema rotatorio dentro de cada área de servicio para la actualización.
Gestión bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> Se ha establecido un sistema documental que por áreas de conocimientos clasifica la bibliografía y documentación de referencia. Se ha realizado una revisión sistemática de publicaciones de Sociedades Científicas específicas, revistas especializadas definidas y de documentación de foros preestablecidos.
Autoformación	<ul style="list-style-type: none"> Además de las acciones de formación y actualización estructuradas, cada empleado solicita a su responsable aquellas acciones formativas que considera convenientes Fuerte cultura de autoformación por revisión documental.

El CD del SF es el responsable de la evaluación y seguimiento de la formación continua y la actualización del personal, a partir de la información generada de: indicadores de satisfacción con la formación interna y externa de los empleados, las valoraciones de las acciones formativas específicas y los informes emitidos en las auditorías de acreditación externa relacionadas con la formación (Fundación Laín Entralgo, que acredita las sesiones de formación; Ministerio de Sanidad, responsable de la acreditación docente para la formación de residentes).

4.2.2.3.4. Participación y *empowerment* del personal en la gestión del SF

Los responsables del SF desarrollaron durante el *Plan de Mejora 300+* una política de participación y *empowerment* para el personal del SF. El sistema de participación de los profesionales farmacéuticos en la gestión del SF está basado en los elementos que se presentan en la **Tabla 32**. La responsabilidad del sistema de participación y *empowerment* es del CD, que realiza una evaluación cuantitativa basada en los resultados de la encuesta de personal y una evaluación cualitativa fruto del contacto diario y continuo con las personas del SF.

Tabla 32. Elementos de participación y empowerment del personal en el SF: fase Plan de Mejora 300+.

Elementos participación y empowerment	Características
Elementos internos	
Sesión general del SF	<ul style="list-style-type: none"> Periodicidad semanal, con asistencia de todo el personal farmacéutico, de investigación, residentes y la Supervisora de Enfermería (> 30 personas). Estructurada por temáticas que se repiten periódicamente (sesiones farmacoterapéuticas, bibliográficas, de investigación, de objetivos, etc.) Estructura en contenidos: 1ª parte (15 min): informativa; 2ª parte (60 min): temas específicos. Con actas de cada sesión con seguimiento de acuerdos. Sistemática: planteamiento de la problemática, discusión de actuaciones, consenso de acuerdos. A lo largo del año todos los asistentes preparan alguna sesión de servicio.
Comité de Dirección	<ul style="list-style-type: none"> Periodicidad mensual, con asistencia de todos los integrantes del Comité de Dirección. Estructurada por temáticas: elaboración y seguimiento de planes, coordinación de proyectos / procesos / áreas, plan de inversiones, líneas de investigación, plan anual de formación, programa de calidad y medio ambiente, organización general del SF. Elaboración de actas de cada reunión con presentación de acuerdos en la sesión general desde 2010. Sistemática de consenso en la toma de decisiones.
Sesiones de área	<ul style="list-style-type: none"> Periodicidad quincenal / mensual según tipo de actividad del área, con la participación de todo el personal del área. Estructurada por temáticas: preparación y seguimiento del Plan Anual en el área, desarrollo de proyectos y mejoras, problemática operativa del área, organización de recursos y personal. Sistemática de consenso en la toma de decisiones.
Gestión y revisión de procesos e instrucciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Todos los procesos e instrucciones de trabajo se consensuan con todo el personal implicado en los mismos, en reuniones realizadas al efecto, trabajando sobre borradores de los responsables correspondientes (gestores de procesos). Desarrollo de grupos focales / grupos de mejora para mejoras de aspectos concretos de la actividad como por ejemplo: encuestas a clientes, fichas de medicamentos, revisión de la administración parenteral de medicamentos, etc.
Elementos externos	
Participación en grupos / comisiones hospitalarias y extrahospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> 7 comisiones clínicas hospitalarias, con participación de 14 personas. 7 grupos de trabajo hospitalarios, con participación de 11 personas. 2 comisiones clínicas extrahospitalarias, con participación de 1 persona. 14 grupos de trabajo extrahospitalarios, con participación de 14 personas. En total participan en estos grupos y comisiones más del 90% del personal farmacéutico del SF. En la actualidad la Jefa del Servicio de Farmacia: <ul style="list-style-type: none"> Presidenta de la Sociedad Madrileña de Farmacia Hospitalaria. Consejo Asesor de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Vicepresidenta de la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria.

SF: Servicio de Farmacia

4.2.2.3.5. Planificación de plantilla, evaluación del desempeño y rendimiento del personal

El SF del HGUGM estructuró una sistemática que le permite la planificación de su plantilla y la evaluación del desempeño y rendimiento de su personal. Se basa en las siguientes actividades:

1. *Estructuración de personal asociado a la actividad base:* se desglosaron todas las tareas estándar que deben ser desarrolladas en un SF para todos sus procesos. Para cada tarea se estableció la categoría del personal que debe realizarlo (farmacéutico, enfermero, auxiliar de enfermería, etc.) y el número, lo que permitió definir los recursos para cada actividad.
2. *Estimación de actividad del SF:* a partir del cuadro de mando de actividad en el que se transforman todos productos realizados en unidades URV, se lleva un control exhaustivo de la actividad realizada en todos los procesos, con el histórico y la evolución mensual y anual de cada actividad y proceso. Los datos acumulados en el histórico del cuadro de mando de actividad permiten estimar la actividad del año siguiente en URV.
3. *Justificación de plantilla:* anualmente la Jefa de Servicio y la Supervisora de Enfermería, con el apoyo del CD, elaboran la estructura de plantilla necesaria en función de la estimación de actividad y la estructura de personal asociada a dicha actividad. Para configurar esta plantilla se tiene en cuenta la existencia de figuras alternativas como el personal en comisión de servicios o el personal contratado por la Fundación para la Investigación Biomédica del HGUGM que realiza actividad del SF pero no está contemplado en su presupuesto de personal. Con todo ello se prepara el documento de *Justificación de plantilla* que se presenta y discute con la Dirección del HGUGM para su aprobación.
4. *Evaluación del desempeño y del rendimiento.* Asimismo, es posible conocer el rendimiento del personal y la evolución del mismo a partir de los datos de URV producidas con respecto al personal implicado en cada proceso.

Mediante este proceso se ha obtenido, durante el *Plan de Mejora 300+*, la ampliación de plantilla en un farmacéutico para cubrir el aumento de actividad asistencial (atención farmacéutica en el Servicio de Urgencias) y de gestión (control de indicadores de gasto farmacéutico por receta).

4.2.2.3.6. Certificación o reconocimiento externo a la gestión de personas

Se definieron dos aspectos básicos en la certificación y reconocimiento externo del personal del SF:

- I. *Sistema de reconocimiento (formal e informal)*, en el que se incluyen:
 - Asistencia y financiación de congresos y foros.
 - Gestión de agradecimientos y premios comunicados oficialmente a las personas implicadas.
 - Realización de trabajo docente y de investigación.
 - Reconocimiento informal grupal y personal en sesiones de servicio y de área.
- II. *Sistema de remuneración y gestión laboral*, según los convenios vigentes del personal estatutario y personal laboral para la Comunidad de Madrid (las mejoras en este apartado son consecuencia de las mejoras asociadas a la evolución de convenios). Se incluyen:
 - Sistema de carreras profesionales para el personal laboral fijo.
 - Beneficios sociales.

4.2.2.3.7. Prevención de riesgos laborales y salud laboral

Se identificaron los mecanismos existentes para la prevención de riesgos laborales y la salud laboral del personal del SF, que se describen a continuación:

1. *Sistema de prevención de riesgos y salud laboral general del HGUGM*: por ser un servicio adscrito al HGUGM, el SF forma parte de las áreas que contempla el servicio de prevención de riesgos laborales del mismo, con los siguientes elementos:
 - Comité de riesgos laborales constituido según la legislación vigente.
 - Mapa de riesgos laborales del SF existente desde 2000, año en el que se realiza el primer análisis de riesgos del SF.
 - Sistemática de análisis de riesgos laborales general para el SF en el que periódicamente se identifican riesgos y recomendaciones de actuación.
 - Sistemática de análisis de riesgos laborales individual para el trabajador que solicite realizar un análisis específico de los riesgos relacionados con su puesto de trabajo.
 - Sistemáticas de revisiones médicas y de campañas de vacunación.
 - Sistemática para el análisis de accidentes e incidentes laborales.
2. *Sistemas específicos del SF*: mecanismos propios asociados a los principales riesgos del SF como:

- Análisis sistemático de control de ruidos realizado por laboratorios especializados.
- Análisis sistemático de control de partículas.
- Análisis sistemático de control de condiciones ambientales (presión y temperatura) en los laboratorios, que son ámbitos de clima controlado.
- Sistemática de vacunaciones y revisiones médicas periódicas de carácter obligatorio para el personal en contacto con medicamentos citostáticos.
- Formación y sensibilización en prevención de riesgos a través de trípticos y posters de sensibilización y a través de cursos de formación y charlas sobre el manejo de material pesado, residuos citotóxicos, residuos biológicos, etc.

La responsabilidad sobre el sistema de prevención de riesgos laborales del SF es compartida entre los responsables del HGUGM y los del SF, quienes revisan el enfoque a través de los análisis de riesgos, los análisis de accidentes, los indicadores de la encuesta de personal y las auditorías de los procesos sujetos a la ISO 9001 e ISO 14001. Fruto de estas revisiones se han implantado las siguientes mejoras durante el *Plan de Mejora 300+*:

- Dotación al área de PE de medidas de seguridad físicas como el dimensionado de mostradores, cristales de separación, timbres y puertas de seguridad.
- Definición y entrega a PE de contenedores especiales para la devolución de jeringas que tiran al contenedor de residuos con riesgo biológico, así como cambio de agujas a agujas de seguridad.
- Cambios de pantallas de ordenadores y colocación de persianas en las claraboyas de los despachos para evitar reflejos en los ordenadores.

4.2.2.4. Criterio 4: Alianzas y Recursos

4.2.2.4.1. Gestión de alianzas

Durante el *Plan de Mejora 300+*, se estableció una sistemática para la gestión de alianzas del SF para una mayor efectividad del SF. Consiste en:

1. *Identificación de la necesidad de alianzas*: en base a la definición de líneas de mejora del SF, asociado al proceso general de planificación anual del SF, se analiza la necesidad de nuevas alianzas.
2. *Identificación de aliados*: a partir de la identificación de la necesidad de una alianza, se contacta con posibles aliados y con aquellos que son considerados adecuados (objetivos y características comunes), se negocian y firman acuerdos que contemplan: objetivos,

estructura de actividades y responsabilidades y acuerdos de propiedad intelectual y publicación. En múltiples ocasiones, debido al prestigio del SF, son los propios aliados los que contactan con el SF para la formalización de alianzas y estos son aceptados siempre que correspondan a líneas de trabajo propias y permitan mejorar la efectividad, conocimientos, etc.

3. *Seguimiento de alianzas*: es llevado a cabo por el responsable asignado a cada aliado (objetivos, actividades, características de la colaboración, etc.). La sistemática de seguimiento se explicita para cada tipo de alianza según sus características.
4. *Evaluación de resultados*: se lleva a cabo tras la finalización del proyecto de colaboración específico, o con periodicidad anual, según las características de la colaboración, por parte del responsable del proyecto y el CD. A partir de la evaluación se definen las necesidades de mejora y se toman las decisiones de continuidad.

En la **Tabla 33** se presentan, a modo de ejemplo, las características de la colaboración entre el SF y alianzas externas que se encuentran establecidas durante el *Plan de Mejora 300+*.

Tabla 33. Características de la colaboración con las alianzas externas: fase Plan de Mejora 300+.

Objetivo Fundamental	Alianzas establecidas	Características de la colaboración
Docencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Universidades: Complutense Madrid, Alcalá, San Pablo CEU y Navarra. ▪ Institutos de Educación Secundaria: Moratalaz, Salvador Allende y Renacimiento. 	<p>Evaluación de resultados y mejoras para el curso siguiente a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones periódicas (entre responsables de las organizaciones y tutores del SF), en las que se estructuran y se valoran los programas formativos y los sistemas de evaluación de los alumnos ▪ Encuesta a los alumnos
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensayos Clínicos: servicios clínicos del HGUGM, industria farmacéutica y otros promotores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los proyectos de ensayos clínicos tienen acuerdos específicos y siguen una pauta de proyecto definida. ▪ Seguimiento: reunión inicial para la coordinación del proyecto, reuniones programadas para el seguimiento de la actividad con registro de cada reunión y reunión final de cierre para evaluación de resultados. ▪ Se dispone de encuestas a los monitores de los ensayos clínicos.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyectos de investigación a través de la Fundación para la Investigación Biomédica del HGUGM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los proyectos de investigación utilizan una metodología FIS o FIS simplificada (según sus características) para la estructuración y seguimiento de los mismos: programación de objetivos e hitos del proyecto, seguimiento de resultados y evaluación final del proyecto con un informe sistematizado.

Mejora Tecnológica y Organizativa	<ul style="list-style-type: none"> Alanzas con proveedores tecnológicos (Visual Limes, Movaco, Grifols, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> El SF desarrolla múltiples proyectos de innovación: informática, elaboración – acondicionamiento, dispensación de medicamentos, etc. En ellos se desarrollan prototipos de sistemas y/o maquinaria que mejoran la efectividad y a los proveedores les permite obtener el ajuste necesario de sus prototipos.
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Benchmarking</i> con hospitales referencia (Clinic Barcelona, Virgen Arrixaca, New England, Brigham and Women's Hospital) 	<ul style="list-style-type: none"> El SF dispone de acuerdos estables con hospitales punteros nacionales e internacionales para el intercambio de experiencias y conocimientos para la mejora conjunta, mediante visitas, intercambio de información, reuniones o jornadas conjuntas, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> Pertenencia a la SEFH y al Instituto de Medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> El SF pertenece a las dos instituciones, en las que se estructuran proyectos de colaboración para la mejora (como <i>Estrategias 2020 para los Servicios de Farmacia o Seguridad en la Prescripción</i>) que reportan beneficios para todos los participantes.
General	<ul style="list-style-type: none"> Red Sanitaria SERMAS y HGUGM 	<ul style="list-style-type: none"> Con el SERMAS en conjunto y con el HGUGM en particular se comparten recursos, conocimientos, tecnologías, etc. y se estructuran múltiples actividades orientadas a la continuidad asistencial.

HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia

4.2.2.4.2. Relación entre la gestión de alianzas y la estrategia del SF

La contribución de las alianzas externas y la gestión de recursos están plenamente orientadas al logro de las metas y estrategias del SF, tal y como se pone de manifiesto en el esquema presentado en la **Tabla 34**.

Tabla 34. Estrategias del SF apoyadas por las alianzas y recursos: fase Plan de Mejora 300+.

Líneas de gestión de Alianzas y Recursos	Estrategias que apoyan
Gestión de alianzas con proveedores tecnológicos para la innovación tecnológica.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la eficiencia en el uso del medicamento. Mejora de la seguridad en el uso del medicamento.
Gestión de alianzas para la docencia.	<ul style="list-style-type: none"> Conciliar la actividad asistencial con la actividad docente Asegurar la competencia profesional del personal.
Gestión de alianzas para la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> Conciliar la actividad asistencial con la actividad investigadora Asegurar la competencia profesional del personal.
Gestión de proveedores clave	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la eficiencia en el uso del medicamento. Asegurar la utilización segura del medicamento.
Gestión económica del gasto farmacéutico.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la eficiencia en el uso del medicamento.
Gestión de materiales, equipos e instalaciones.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la eficiencia en el uso del medicamento. Garantizar la continuidad asistencial en farmacoterapia. Mejora de la utilización segura del medicamento.
Gestión de la tecnología de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la utilización segura del medicamento. Garantizar la continuidad asistencial en farmacoterapia.
Gestión de la tecnología de equipos e instalaciones.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la utilización segura del medicamento. Mejora de la eficiencia en el uso del medicamento.
Gestión de la información y del conocimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la utilización segura del medicamento. Garantizar la continuidad asistencial en farmacoterapia. Asegurar la competencia profesional del personal.

4.2.2.4.3. Gestión de proveedores: sistema de evaluación de proveedores

Durante el *Plan de Mejora 300+*, se ha establecido la evaluación de proveedores, en base al sistema de calidad certificado con la Norma ISO 9001. Ésta se realiza con periodicidad anual. Destacan las siguientes características del proceso:

- 1 Criterios para la homologación y selección de proveedores en función de la puntuación obtenida, con el objetivo de adquirir los productos a aquellos proveedores que presenten las mejores condiciones de calidad, servicio y precio, revisándose anualmente las homologaciones y la clasificación de proveedores.
- 2 Puntuación de tres factores:
 - Sistemas de calidad (30 puntos): se puntúa si el proveedor está certificado por la Norma ISO 9001, de gestión por procesos, e ISO 14001, de gestión medioambiental.
 - Factor de incidencias de servicio/producto (50 puntos), relacionados con la falta de producto o la entrega del mismo en condiciones no óptimas.
 - Condiciones de negociación del servicio y el precio ofrecidos al SF (20 puntos).
- 3 La evaluación se aplica a todos los proveedores clave del SF, en dos grupos de segmentación: proveedores de medicamentos y productos sanitarios; otros proveedores.
- 4 El sistema está informatizado y cada evaluación realizada se registra en la *ficha de seguimiento de proveedor*, y en el sistema informático *Farhos Gestión*, soporte de gestión integral del SF.

4.2.2.4.4. Gestión presupuestaria y económica

Durante el *Plan de Mejora 300+*, se establecieron las funciones que realiza el SF en la gestión de los recursos económicos y financieros:

- I. *Gestión presupuestaria*: el SF es responsable de la gestión económica de su propio presupuesto como Servicio perteneciente al HGUGM.
 - Presupuesto ordinario elaborado por previsión de actividad y plantilla, que es el gasto de mayor orden.
 - Presupuesto extraordinario derivado de la investigación a través de la Fundación para Investigación Biomédica del HGUGM, que dispone de una cuenta propia para el SF. La inversión del presupuesto extraordinario se realiza en mejora de la organización del SF y en la formación / reconocimiento del personal.

- Presupuestos de inversión derivados de innovación: a partir de propuestas justificadas a la Dirección del HGUGM mediante financiación de proyectos de investigación.

II. *Gestión económica*: el SF es responsable de la gestión económica del apartado *Gasto Farmacéutico* del *Capítulo II: Gasto en compra de bienes y servicios*, lo que corresponde aproximadamente al 16% del presupuesto total del HGUGM. La estimación del presupuesto en *Gasto Farmacéutico* a partir del presupuesto general del HGUGM está basada en:

- Previsión de actividad asistencial, en la que se estima de forma pormenorizada la prevalencia de cada patología y se le asocia el gasto farmacéutico estimado para el tratamiento de cada una de ellas en función del histórico.
- Previsión de objetivos de mejora del SF en función de:
 - Líneas de mejora pactadas en la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) y la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPA): se presentan los objetivos de la Administración (objetivos del PAS y del Contrato de Gestión del HGUGM) y se establecen líneas de trabajo para mejorar la eficiencia en gasto farmacéutico.
 - Líneas de mejora en la gestión de proveedores: el SF establece las líneas de trabajo para la negociación con proveedores y/o por políticas de compra de presentaciones comerciales.
 - Líneas de mejora por gestión específica de servicios: el SF colabora con UA concretas que incluyen en sus objetivos una disminución del gasto farmacéutico.

Con la colaboración del SF y teniendo en cuenta los objetivos del PAS y del Contrato de Gestión, la Dirección del HGUGM presenta y ajusta su presupuesto en *Gasto Farmacéutico* (como parte del presupuesto global del mismo) con los responsables de la Administración. Una vez el presupuesto es aceptado, se desarrollan las actividades de gestión correspondientes, que se presentan en la **Tabla 35**.

Tabla 35. Actividades de gestión económica del gasto farmacéutico: fase Plan de Mejora 300+.

Línea de mejora	Actividades
CFT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada objetivo se crea un equipo multidisciplinar de trabajo con un coordinador que pertenece al SF (en 2010 se crean 10 grupos de trabajo que dependen de la CFT y 8 grupos que dependen de la CIPA para la eficiencia del gasto). ▪ Todos los grupos de trabajo desarrollan sus proyectos conforme a un procedimiento normalizado de trabajo en el que se establece cómo se definen los objetivos generales y específicos, la periodicidad de reuniones, la organización del trabajo, etc. ▪ Todos los grupos reportan a las comisiones al menos 2 veces al año la marcha de sus proyectos.

Gestión de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anualmente se revisan las condiciones económicas establecidas con los proveedores y se desarrolla una campaña priorizada de renegociación desarrollada por el personal del SF. ▪ En función de la salida al mercado de especialidades genéricas, el SF realiza estudios de equivalencias terapéuticas y, a partir de ellos, se gestionan sustituciones parciales o totales de medicamentos con marca a genéricos.
Gestión específica de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SF elabora informes detallados de gasto farmacéutico de Unidades Asistenciales concretas, creando equipos conjuntos de análisis que, en función de su actividad asistencial, identifican líneas de mejora de la eficiencia en gasto farmacéutico y establecen las decisiones y acuerdos correspondientes.

CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica; CIPA: Comisión de Infecciones y Política Antibiótica; SF: Servicio de Farmacia

Los responsables de la evaluación y mejora de la sistemática de gestión del gasto farmacéutico son conjuntamente el CD del SF y el Director de Gestión del HGUGM, quienes analizan su eficacia en función de los resultados. El seguimiento presupuestario se realiza en conjunto con los responsables del HGUGM, de forma programada y sistemática:

1. Revisión mensual interna y con el Director de Gestión del HGUGM.
2. Revisión trimestral interna y con la Dirección Médica-Gerencia del HGUGM.
3. Revisión y reporte con los responsables de la Consejería de Sanidad por parte de la Dirección del Hospital.

Se presentan algunos ejemplos de mejoras de actuaciones para la mejora de costes consolidadas durante el *Plan de Mejora 300+*:

- Preparación de mezclas intravenosas de medicamento de alto coste (ahorro: 307.000 € / año).
- Protocolo de Inmunoglobulina antihepatitis B con el Servicio de Hepatología (ahorro: 120.000 € / año).
- Acondicionamiento de Maraviroc (ahorro de 76.800 € / año)
- Elaboración de un documento de sensibilización para el uso de medicamentos genéricos.
- Sistematización de la gestión de negociaciones con proveedores a través de una *ficha de seguimiento de proveedor* estructurada para optimizar las negociaciones.
- Desarrollo de los grupos específicos en la CFT y en la CIPA, que han pasado de 2 a 18.

4.2.2.4.5. Gestión de los edificios y equipos del SF

La gestión de las instalaciones y equipos propios del SF incluyen el mantenimiento y seguridad de los mismos. Dicha gestión consiste en:

- Gestión externa (a cargo del servicio de mantenimiento del HGUGM):
 - Mantenimiento preventivo de instalaciones generales.
 - Normas de seguridad en materia de incendios.

- Gestión interna (a cargo del propio SF, incluido en la Norma ISO)
 - Mantenimiento preventivo de equipamiento y sistema de calibraciones de equipos.
 - Normas de seguridad: normas de actuación ante incidentes ambientales (derrames, escapes de refrigeración, etc.)

4.2.2.4.6. Gestión de materiales: compras y aprovisionamientos

El SF es fundamentalmente un servicio proveedor del HGUGM, ya que su principal función es el suministro de medicamentos a las UA y pacientes. Por lo tanto, la gestión de los materiales del SF son los propios medicamentos y está basada en las compras y aprovisionamiento de los mismos. Los principales procesos que gobiernan esta función son:

- I. *Guía farmacoterapéutica (GFT)*: es la guía que establece todos los principios activos de uso normalizado en el HGUGM y su gestión se realiza por la CFT, cuya secretaría está siempre asignada al personal del SF y se basa en: peticiones normalizadas y justificadas basadas en la evidencia científica para su inclusión en GFT; elaboración de un informe según la metodología GENESIS de la SEFH por parte del SF; discusión y aprobación por la CFT; asignación de protocolos de uso si procede.
- II. *Proceso de compras y aprovisionamientos*: este proceso forma parte del sistema integrado de calidad y medioambiente del SF certificado ISO 9001 e ISO 14001 y regula los siguientes sistemas:
 - a. Sistema de adquisición de medicamentos y material sanitario: se establecen los criterios, procedimientos y responsabilidades para las adquisiciones según la Ley de Contratos del Sector Público y otras adquisiciones especiales (extranjeros, uso especial, estupefacientes). El sistema de adquisición está soportado informáticamente y establece criterios de adjudicación basados en el precio, la calidad del servicio, los plazos de entrega, la información, etc. El SF es el responsable del establecimiento de dichos criterios de compra y, en los procedimientos que así lo requieren, de la negociación de precios y condiciones de servicio en colaboración con la Dirección de Gestión del HGUGM.
 - b. Sistema de control de stocks, establecido a partir de criterios de consumos, plazos de entrega del proveedor, criticidad del medicamento, volumen y espacio disponible, presupuesto para cada producto, etc., se establece el stock mínimo, el stock máximo y un estándar de compra o reposición para cada medicamento. Para la mayor parte de

medicamentos, éstos se gestionan mediante un almacén *Kardex* horizontal y vertical (sistema informatizado y automático, que controla entradas y salidas y genera los pedidos cuando se alcanza el stock mínimo); existe también un sistema manual mediante fichas para medicamentos no gestionados por el *Kardex* (estupefacientes, citostáticos, gran volumen).

- c. Sistema de gestión de pedidos: la información automatizada del *Kardex* genera diariamente un listado de productos por debajo del stock mínimo y sin pedido pendiente, que se revisa por el farmacéutico responsable; también se revisan las fichas de producto que provienen del control manual de stocks. Se realizan los pedidos a través del sistema *Farhos Gestión*, pasando informáticamente al área de recepción de pedidos, donde se validan los albaranes de entrada y sirven de soporte para la validación administrativa de factura.

La responsabilidad del correcto funcionamiento del sistema de compras y aprovisionamiento es de la Jefa de Servicio, quien evalúa las posibilidades de mejora, principalmente a través de los indicadores de gestión económica y del análisis del funcionamiento del aprovisionamiento (rotación de stock, valor del stock, productos obsoletos, etc.). Fruto de la evaluación sistemática son las siguientes mejoras implantadas y/o consolidadas durante el *Plan de Mejora 300+*:

- Desarrollo de los soportes informáticos que soportan las compras y aprovisionamiento, por ejemplo: *Farhos Gestión*, implantación del sistema de almacenamiento *Kardex*, sistema automatizado de gestión de concursos públicos.
- Despliegue e integración de prescripción electrónica con el sistema de compras para una mejor previsión y adecuación niveles de stocks.

4.2.2.4.7. Gestión de la tecnología: innovación tecnológica

En el SF la innovación tecnológica forma parte de su estrategia. Durante el *Plan de Mejora 300+*, se estructuró la innovación tecnológica en dos ámbitos principales:

1. Innovación tecnológica en farmacología

- a) *Vigilancia*: el SF dispone de diferentes mecanismos de vigilancia para la identificación de los avances farmacológicos:
 - Asistencia sistemática y programada a foros, congresos y eventos profesionales en los que se presentan y comentan los últimos ensayos y novedades.

- Revisión bibliográfica con identificación de revistas de interés, asignación de responsabilidades de seguimiento de los mismos por las diferentes áreas de servicio, sesiones bibliográficas programadas por áreas y sesiones bibliográficas generales del servicio.
- Desarrollo estructurado de proyectos de investigación y ensayos clínicos.
- Información de la industria farmacéutica con la que se mantiene una relación continua: presentación de innovación en sus áreas terapéuticas específicas y promoción de su implantación y uso.

b) *Selección e implantación*: la implantación de innovaciones farmacológicas se produce a través de la gestión de la GFT, tal y como se ha detallado en el apartado anterior 4.2.2.4.6. Además, durante el *Plan de Mejora 300+*, la CFT ha creado un grupo de trabajo estable para el “Uso Seguro del Medicamento” que genera nuevos planes para la innovación y mejora de la GFT y de los protocolos de uso que la complementan, a partir de los sistemas de validación de prescripción, de los análisis de errores y de los estudios de utilización que realiza el SF.

II. Innovación tecnológica en equipamientos

Durante el *Plan de Mejora 300+*, se ha creado *iPharma*, oficina de innovación tecnológica del SF que surge con el objetivo de dotar de la máxima seguridad, eficacia y eficiencia al uso del medicamento en el HGUGM, a través de la gestión de la innovación en el equipamiento y de la mejora en el uso del medicamento. En la **Tabla 36**, se presentan las líneas de mejora que se establecieron relacionadas con el uso del medicamento y algunos proyectos realizados o en desarrollo.

Tabla 36. Líneas de mejora y proyectos en desarrollo gestionados por *iPharma*: fase *Plan de Mejora 300+*.

Línea de Mejora	Proyectos <i>iPharma</i>	Colaboración
Adecuación en la prescripción	▪ Prescripción electrónica implantada en el Hospital.	▪ Visual Limes ▪ H. Clinic Barcelona
	▪ Sistema de apoyo a la decisión clínica (mediante bases de datos técnicas para la prescripción y la validación).	▪ Medimecum ▪ H. Clinic Barcelona
Adecuación en la conservación y almacenamiento	▪ Sistema de trazabilidad por radiofrecuencia.	▪ Ariadna
Adecuación en la elaboración y preparación	▪ Robots de preparación de mezclas intravenosas.	▪ Grifols

Adecuación en la dispensación y administración	▪ Bombas de infusión inteligentes.	▪ Hospira ▪ Carefusion
	▪ Sistemas automatizados de dispensación con carruseles (a temperatura ambiente y a temperatura refrigerada)	▪ Grifols
	▪ Sistema de dispensadores automáticos en Unidades Asistenciales.	▪ Pyxis
	▪ Sistema de control de administración mediante código de barras.	▪ Grifols

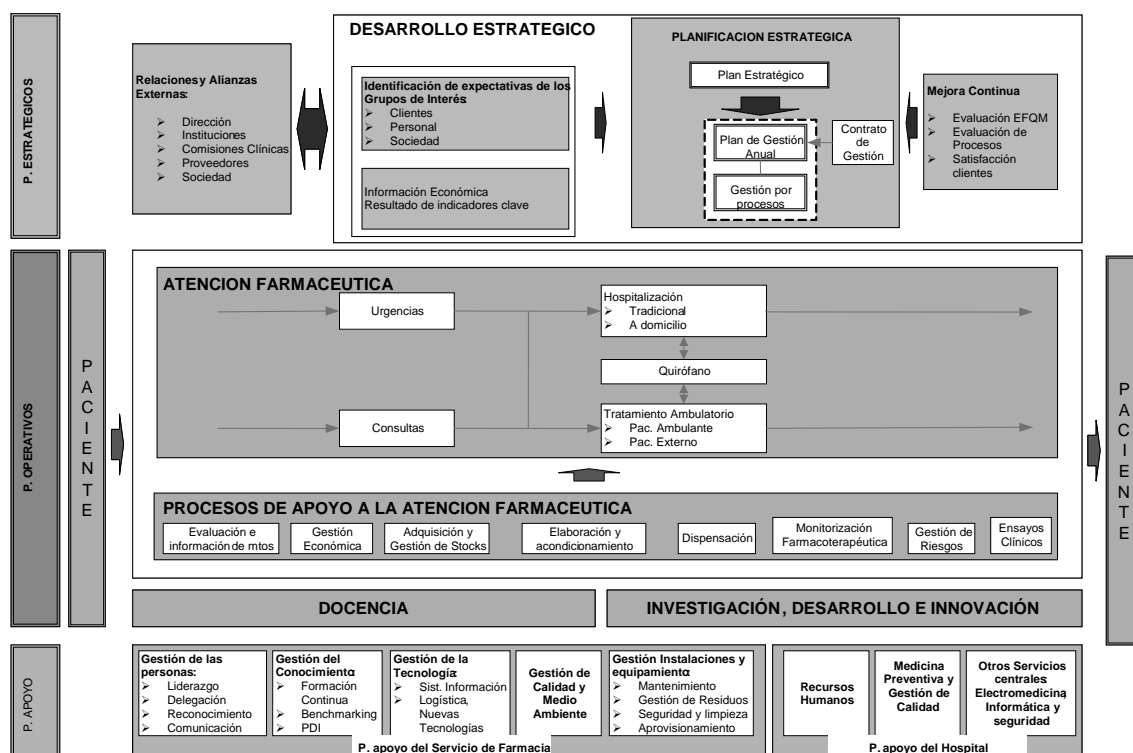
El desarrollo de todos estos proyectos proviene de un sistema de vigilancia basado en los mismos mecanismos que la innovación farmacológica, con un fuerte peso de los proveedores tecnológicos y del *benchmarking*.

4.2.2.5. Criterio 5: Procesos

4.2.2.5.1. Revisión y adecuación del mapa de procesos

El mapa de procesos de las actividades del SF fue definido por primera vez en 2005. Desde entonces, se revisa y actualiza periódicamente. Durante la fase de *Plan de Mejora 300+*, el SF llevó a cabo una actualización del mismo. Se representa en la **Figura 15**.

Figura 15. Mapa de procesos del SF: fase Plan de Mejora 300+.



Los procesos del SF se establecieron y clasificaron tal y como se describe en la **Tabla 37** en función de la categoría y naturaleza de cada uno de ellos.

Tabla 37. Tipos de procesos incluidos en el mapa de procesos del SF: fase Plan de Mejora 300+.

Tipo de proceso	Metodología de diferenciación
Operativo o clave	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellos que transforman los recursos para obtener directamente los productos o servicios para los clientes. - Se incluyeron los procesos que impactan de forma directa en los clientes del Servicio de Farmacia.
De soporte o apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellos que proporcionan los recursos necesarios. - Se incluyeron los procesos relacionados con la gestión de la tecnología de las instalaciones y equipamiento, gestión de las personas, gestión del conocimiento, gestión ambiental, etc.
Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellos que establecen las bases para el correcto funcionamiento y control de la organización. - Se incluyeron los procesos de gestión, los procesos generadores de la información para la gestión y los procesos de relaciones externas con los grupos de interés.

4.2.2.5.2. Diseño y gestión sistemática de los procesos

El SF del HGUGM dispone de un sistema para la gestión de sus procesos certificado según norma ISO 9001 desde 2005 que a su vez está integrado con el sistema de gestión ambiental, certificado según norma ISO 14001 desde 2008. Ambas certificaciones establecen el diseño y gestión de nuevos procesos que lleva a cabo el SF y quedaron recogidos en un documento formalizado. El diseño incluye los siguientes puntos:

1. *Objeto*: establece la función del proceso/procedimiento.
2. *Alcance*: establece su ámbito de aplicación.
3. *Referencias*: documentos y legislación aplicable al proceso.
4. *Terminología*: explicación de los términos técnicos que aparecen en el proceso.
5. *Consideraciones previas*: antecedentes y consideraciones de interés para el adecuado funcionamiento del proceso.
6. *Desarrollo*: explicación de las actividades del proceso.
7. *Recursos*: definición de los recursos humanos, materiales y documentales para el adecuado funcionamiento del proceso.
8. *Registros*: enumeración de registros y sistemática de archivo de los mismos.
9. *Responsabilidades*: especificación de responsabilidades en las diferentes actividades del proceso.
10. *Documentos relacionados*: procedimientos con los que se coordina e instrucciones técnicas que desarrollan el proceso.
11. *Anexos*: documentos especiales que complementan los registros del proceso.

El SF cuenta con procesos que regulan toda la actividad operativa del mismo y con instrucciones técnicas complementarias que explican la actividad de los mismos. Además, para complementar el sistema de gestión de procesos, el SF cuenta con:

- a. *Manual de calidad y de medioambiente*, que recoge: la política de calidad, los criterios de documentación y gestión de los procesos y todos los criterios para la gestión de los mismos conforme a los contenidos de las normas ISO (auditorías, no conformidades, revisión por la dirección, medición, etc.).
- b. *Manual de procesos*, que recoge: el mapa de procesos y los diagramas de proceso con inputs y outputs de los mismos.
- c. *Documento de organización*, que define la estructura organizativa del SF, sistemas de formación, sistemas de participación y sistemas de comunicación.
- d. *Cuadro de mando de procesos*, que permite el seguimiento mensual de los indicadores de los procesos.

Puesto que todo el sistema está sujeto a los criterios de las normas ISO 9001 e ISO 14001, dispone de auditorías internas y externas, del aprendizaje mediante apoyo de consultores expertos y de la revisión por la Dirección para su mejora. Anualmente todas las *no conformidades* de sistema definidas en la auditoría externa se traducen en acciones correctoras. Fruto de estas revisiones se ha actualizado el mapa de procesos distribuyendo todos los procesos del SF en operativos, de apoyo y estratégicos, tal y como se ha presentado en la **Figura 15** del apartado 4.2.2.5.1.

4.2.2.5.3. Gestión de cambios en los procesos

El SF del HGUGM es una organización altamente dinámica e innovadora, por lo que dispone de múltiples mecanismos para la identificación de oportunidades de mejora en sus procesos y actividades. A partir del *Plan de Mejora 300+*, se estructuraron todos los mecanismos en un único documento que define la sistemática de cambios en los procesos del SF, resumida en la **Tabla 38**.

Tabla 38. Elementos de identificación de oportunidades de mejora en los procesos: fase Plan de Mejora 300+

Elemento de identificación	Características
Indicadores de procesos	<ul style="list-style-type: none"> Todos los procesos gestionados bajo criterios ISO 9001 e ISO 14001 disponen de indicadores con estándares y objetivos asignados.

Encuestas a clientes	<ul style="list-style-type: none"> Las Unidades Asistenciales y pacientes externos disponen de encuestas anuales para evaluar la calidad de sus servicios.
Encuestas a personas	<ul style="list-style-type: none"> El personal del SF realiza una encuesta bienal al personal que permite valorar diferentes aspectos de los procesos de gestión de personas.
Indicadores del SF	<ul style="list-style-type: none"> El SF dispone de indicadores económicos y de actividad que miden la calidad y eficiencia de las actividades.
Informe anual de calidad	<ul style="list-style-type: none"> El área de calidad emite anualmente un informe de funcionamiento basado en los indicadores de procesos, las auditorías (internas y externas) y las evidencias de incidencias / no conformidades / quejas y reclamaciones que pone a disposición de todas las áreas.
Análisis de incidencias	<ul style="list-style-type: none"> En todas las áreas se realiza una recogida de incidencias estructuradas y sistemática para la identificación de los problemas operativos de los procesos.
Evidencia científica y aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> El SF y cada una de sus áreas disponen de actividades programadas y sistemáticas para identificar oportunidades de mejora por aprendizaje: <ul style="list-style-type: none"> Lectura de bibliografía relevante del sector. Asistencia a foros, jornadas y congresos. Participación en grupos de trabajo y desarrollo internos y externos. Actividades de <i>benchmarking</i> con otros Servicios de Farmacia de hospitales españoles y extranjeros.
Innovación e investigación	<ul style="list-style-type: none"> El SF dispone de información para la mejora a través de: <ul style="list-style-type: none"> Participación en proyectos de investigación. Participación en ensayos clínicos. Información tecnológica de los proveedores.

SF: Servicio de Farmacia.

Toda esta información, además de las necesidades detectadas en clientes y otros GI es analizada por cada uno de los responsables de área dentro del proceso de planificación. De esta evaluación se establecen:

- Posibles oportunidades de mejora ligadas a la estrategia del servicio, que pasan a formar parte de los planes anuales.
- Posibles oportunidades de mejora ligadas a otros procesos existentes en el SF, que se convierten en objetivos de actuación del área correspondiente.

Asimismo, en el apartado 4.2.2.1.7 (*Criterio Liderazgo – Gestión de los cambios*), se ha presentado la sistemática para la gestión de los grandes cambios del SF, que se sustenta en los procesos de planificación y que se ha estructurado a partir del *Plan de Mejora 300+*. La gestión de los cambios tiene su aplicación también en el ámbito de los cambios en los procesos del SF, y la medición del impacto de los cambios realizados se lleva a cabo según la sistemática definida en este apartado.

4.2.2.5.4. Relación de los clientes con los procesos

Durante el *Plan de Mejora 300+*, se estableció un documento descriptivo para definir la relación del SF con sus clientes en cuanto a los productos y servicios ofrecidos. Dicho documento se resume en la siguiente **Tabla 39**.

Tabla 39. Relación de los clientes con los procesos: fase Plan de Mejora 300+.

Clientes	Procesos Principales
Unidades asistenciales del Hospital A los que el SF provee de medicamentos y de información para el buen uso terapéutico y económico de los mismos	▪ Atención farmacéutica (pacientes Ingresados).
	▪ Elaboración y acondicionamiento de medicamentos.
	▪ Dispensación (pacientes Ingresados).
	▪ Monitorización farmacoterapéutica.
	▪ Gestión del medicamento: evaluación e información de medicamentos y gestión económica de medicamentos.
Pacientes externos tratados en el Hospital A los que se les presta servicio farmacéutico directo.	▪ Atención farmacéutica (pacientes externos).
	▪ Elaboración y acondicionamiento de medicamentos.
	▪ Monitorización farmacoterapéutica.
	▪ Gestión del medicamento: evaluación e información de medicamentos y gestión económica de medicamentos.
	▪ Dispensación (pacientes externos).
Atención primaria Con los que se relaciona el servicio para la continuidad asistencial del paciente	▪ A través de los procesos de servicio a los pacientes, que incluyen la información necesaria para la continuidad asistencial.
Clientes de docencia	▪ Procesos de docencia
Clientes de investigación	▪ Procesos de investigación

4.2.2.5.5. Herramientas de comunicación y difusión de la cartera de servicios a los clientes

A partir del *Plan de Mejora 300+*, se ha promovido la difusión de la cartera de servicios a las UA del hospital y a sus pacientes de forma estructurada a partir de las siguientes herramientas:

- Presentaciones en los servicios clínicos de todas las unidades implicadas.
- Sesiones ad hoc para unidades específicas.
- Inclusión en la página web del hospital.
- Material gráfico: carteles, notificaciones trípticos para pacientes externos, etc.
- Integración de la información del SF en la nueva intranet del HGUGM.

Sin embargo, no hay evidencia de la eficacia de las herramientas de difusión descritas.

4.2.2.5.6. Gestión y mejora de las relaciones con los clientes a través de los procesos

Las mejoras llevadas a cabo durante el *Plan de Mejora 300+* en el ámbito de la gestión y mejora de las relaciones con los clientes se basan en los múltiples contactos que se han

establecido entre el SF y sus clientes internos y externos y la colaboración con ellos para la gestión y mejora de sus servicios.

La relación se sustenta en los procesos clave que impactan directamente en ellos (descritos en el apartado anterior, 4.2.2.5.5), además de los procesos que identifican las necesidades y expectativas de los mismos (descritos en el *Criterio Política y Estrategia* – apartado 4.2.2.2.3). Todos ellos tienen asignado un responsable que debe evaluar su eficacia y eficiencia para la gestión y mejora de los mismos.

4.2.2.5.7. Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

Puesto que el SF es una unidad dentro del HGUGM, su cartera de servicios es decisión de los responsables del hospital y del SERMAS. No obstante, el propio SF es el encargado de su impulso, adecuación y mejora de forma que puede detectar y priorizar las necesidades de sus clientes. A partir del *Plan de Mejora 300+*, se estableció un proceso formalizado para la identificación y priorización de estas necesidades. Está basado en las siguientes actividades:

I. Identificación de necesidad de cambios en la cartera de servicios, a través de:

- Investigación y análisis de las necesidades de los clientes internos y externos (ver *Criterio Política y Estrategia* – apartado 4.2.2.2.3)
- Desarrollo tecnológico de los medicamentos, fruto del trabajo en actividades de investigación y ensayos clínicos con las empresas farmacéuticas y las CRO, así como de la participación en organismos externos del sector (ver *Criterio Alianzas y Recursos* – apartado 4.2.2.4.7).
- Desarrollo tecnológico en logística (almacenes/dispensación) y en sistemas de información (ej.: prescripción electrónica), fruto de la colaboración con los proveedores, la realización de *benchmarking* con otros SF y la asistencia a foros y grupos de trabajo de la FH (ej.: bombas de infusión inteligentes, centralización de la preparación de medicamentos en el SF, etc.).
- Desarrollo organizativo y de funcionamiento, realización de *benchmarking*, visitas a otros hospitales, asistencia a foros y revisión documental del sector sobre el funcionamiento y los servicios farmacéuticos en otros ámbitos (ej.: proceso de conciliación a partir de la experiencia del Hospital Son Dureta: visitas de colaboración con dicho Hospital y lectura de documentación al respecto).

II. *Desarrollo de nuevos servicios.* A partir de la identificación de nuevas posibilidades de servicio y/o redefinición de los servicios existentes, el CD nombra un responsable de proyecto y éste, en colaboración con personal del servicio y usuarios colaboradores, elabora un informe estructurado en el que documenta:

1. Objetivos, características y actividades del nuevo servicio.
2. Beneficios del nuevo servicio para los clientes internos y externos.
3. Recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo del servicio.

A partir del informe elaborado se procede a un proceso de discusión y aprobación interna en el CD del SF para posteriormente presentarlo a los responsables del HGUGM con los ajustes necesarios. Cuando la magnitud del cambio y/o la inversión lo requiere se presenta en el SERMAS.

III. *Implantación del Servicio.* La mayor parte de los nuevos servicios se implantan a través de un proyecto piloto, para lo cual se selecciona una unidad piloto (con alto impacto del nuevo servicio, exigente en sus requisitos, colaboradora e innovadora) y se crea un grupo interdisciplinar de implantación con los implicados.

El equipo de implantación desarrolla un programa de trabajo y un calendario de reuniones periódicas en las que se analizan los puntos fuertes y áreas de mejora (generales para el nuevo servicio y específicos para las características particulares de la unidad piloto) y se documenta mediante informes sucesivos, hasta su ajuste definitivo.

A partir de la finalización de la fase piloto se documenta el nuevo servicio y su proceso de prestación ya ajustado, según los criterios del sistema ISO 9001 implantados.

IV. *Oficialización del Servicio y actualización de la cartera de servicios.* Una vez el servicio está en marcha, éste se incluye en las actualizaciones que el HGUGM hace de su cartera de servicios, en la que está incluido el SF, oficializándose para la red sanitaria.

Son ejemplos de cambios en la cartera de servicios a partir de necesidades y expectativas de los clientes: desarrollo de los servicios de atención farmacéutica a pacientes externos (2000); desarrollo de prescripción electrónica (2003); implantación de sistemas automatizados de dispensación (2003); desarrollo del Servicio de Farmacogenética (2007); producción de mezclas intravenosas no citotóxicas (2008), etc. En el periodo que abarca el *Plan de Mejora 300+*, cabe destacar:

- Desarrollo del Servicio de Farmacocinética, que consiste en la realización de simulaciones sobre cada paciente en el que se analiza la cinética del medicamento en su organismo, estos análisis y simulaciones (realizados en sistemas informáticos desarrollados al efecto) permiten ajustar las condiciones del tratamiento terapéutico para maximizar su eficacia.
- Ampliación de programas de atención farmacéutica, p.ej., el desarrollo del programa de Hepatitis B.

4.2.3. EVALUACIÓN PLAN DE MEJORA 300+ (2010)

4.2.3.1. Autoevaluación del SGC 300+ (2010)

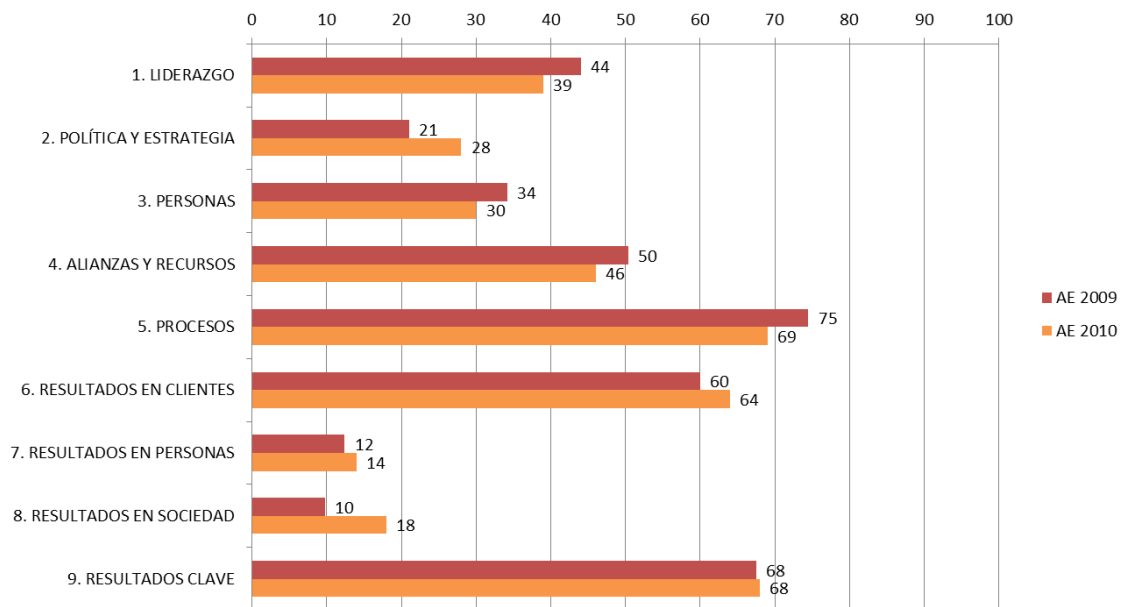
Para finalizar el *Plan de Mejora 300+*, en el año 2010 se realizó una autoevaluación en la que se identificaron nuevamente los puntos fuertes y las áreas de mejora del SF; asimismo, fue posible concretar los resultados de las iniciativas de mejora llevadas a cabo en el SF para adaptar su modelo de gestión al modelo de gestión EFQM.

Para las autoevaluaciones individuales, cada uno de los miembros del equipo evaluador realizó una autoevaluación individual mediante la herramienta *Perfil*, evaluando cada uno de los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

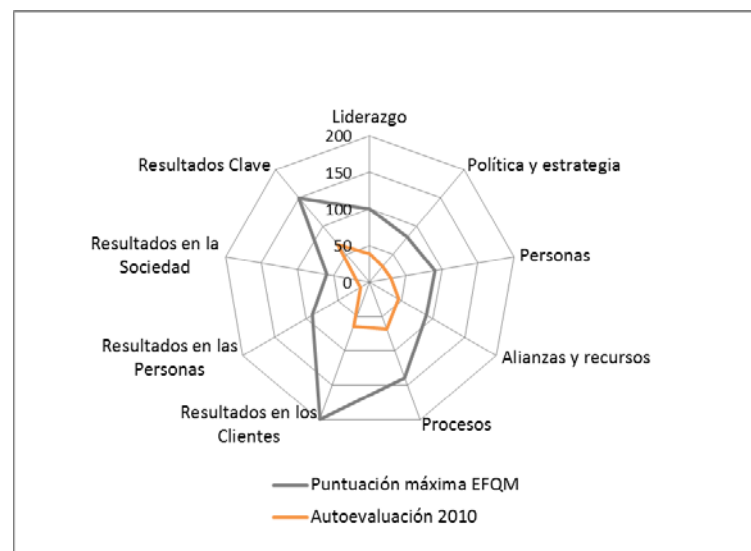
Para consensuar las autoevaluaciones individuales, se realizaron dos reuniones de consenso en Noviembre de 2010. En estas reuniones, el equipo evaluador determinó la puntuación definitiva y se analizaron las principales áreas de mejora de la organización. Para la preparación de dichas sesiones, el asesor externo, coordinador de la evaluación, revisó los resultados de las puntuaciones individuales dadas por el equipo evaluador del SF, y se centró en los siguientes puntos:

- Coherencia en las puntuaciones en los diferentes subcriterios.
- Dispersión de valoraciones de los evaluadores.
- Coherencia entre las puntuaciones evaluadas y los enfoques y resultados recopilados en las entrevistas y en la documentación aportada.

La puntuación final obtenida en la autoevaluación 2010 fue 376 puntos, lo que supone un 38% de la puntuación total del modelo EFQM. En el **Gráfico 3**, se presentan las puntuaciones obtenidas desglosadas para cada criterio y la comparación con respecto a la autoevaluación realizada en 2009.

Gráfico 3. Puntuaciones de las autoevaluaciones 2009 y 2010.

En el **Gráfico 4** se presenta la puntuación obtenida en la autoevaluación con respecto a la puntuación máxima EFQM por criterio (38%).

Gráfico 4. Autoevaluación 2010: puntuación obtenida respecto a puntuación máxima EFQM.

El resumen de áreas de mejora del SF identificadas en la autoevaluación se presenta en el apartado 4.3.2. *Plan de Mejora 400+*.

Memoria 2010: fase implantación

Para poder presentar a reconocimiento de excelencia el SGC del SF, el modelo EFQM exige la elaboración de una Memoria EFQM de la organización. Se desarrolló un plan de trabajo para la elaboración de la misma, que se presenta en la **Tabla 40**.

Tabla 40. Plan de trabajo para la elaboración de la Memoria EFQM: fase Plan de Mejora 300+.

Elaboración de la Memoria	2010				
	E	F	M	A	M
Formación al equipo evaluador sobre la Memoria <ul style="list-style-type: none"> - Criterios de elaboración de la Memoria - Estructura de la Memoria 					
Subcriterios: <ul style="list-style-type: none"> - Discusión de contenidos de enfoques para cada subcriterio de la Memoria 					
Criterio 2: Política y Estrategia <ul style="list-style-type: none"> - Clasificación de Grupos de Interés. - Sistemática de interrelación y captación de necesidades de clientes. - Sistemática de interrelación y captación de necesidades de accionistas. - Sistemática de interrelación y captación de necesidades de personas. - Sistemática de interrelación y captación de necesidades de aliados y proveedores clave. - Sistemática de interrelación y captación de necesidades con ámbitos de impacto social (docencia, investigación, etc.) 					
Criterio 5: Procesos <ul style="list-style-type: none"> - Mapa de procesos. - Diseño de procesos. - Objetivos de procesos. - Control y mejora de procesos. - Necesidades de los clientes: diseño de los servicios. - Gestión de la cartera de servicios. - Procesos de servicio a los clientes (clasificación y gestión). - Procesos de atención y apoyo a los clientes (clasificación y gestión). - Evaluación de satisfacción de clientes. 					
Criterio 3: Personas <ul style="list-style-type: none"> - Planificación de Recursos Humanos. - Gestión de la estructura organizativa y planificación de plantilla. - Selección, contratación y acogida. - Evaluación de satisfacción de personas. - Formación y desarrollo profesional. - Gestión del conocimiento. - Participación y <i>empowerment</i>. - Comunicación interna. - Salud laboral. - Recompensa y remuneración. - Reconocimiento. - Gestión laboral y beneficios sociales. 					
Criterio 4: Alianzas y Recursos <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de aliados y proveedores clave. - Gestión de alianzas. - Gestión de proveedores. - Gestión presupuestaria y gestión económica. 					

Tabla 41. Esquema de redacción de la Memoria EFQM: fase Plan de Mejora 300+

	CRITERIOS	Aspectos desarrollados para cada subcriterio
Agentes facilitadores	1. LIDERAZGO	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque y Despliegue (<i>lo que el Servicio hace o tiene planificado hacer y las razones para ello, y la implantación sistemática de dicho enfoque en las áreas relevantes del Servicio</i>) - Evaluación y Revisión (<i>lo que el Servicio hace para revisar y mejorar el enfoque y despliegue del enfoque</i>)
	2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA	
	3. PERSONAS	
	4. ALIANZAS Y RECURSOS	
	5. PROCESOS	
Resultados	6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de percepción - Indicadores de rendimiento
	7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	
	8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	
	9. RESULTADOS CLAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados clave del rendimiento - Indicadores clave del rendimiento

4.2.3.2. Evaluación externa del SGC 300+ (2010)

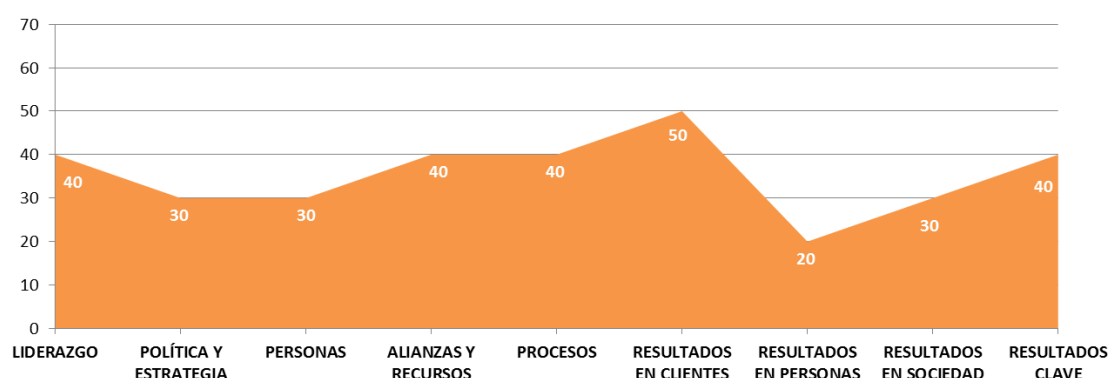
La primera evaluación externa tuvo lugar en el mes de diciembre de 2010. Ésta se llevó a cabo por un evaluador senior del CEG y un evaluador coordinador de un organismo acreditado para certificar SGC de las organizaciones. Para ello, el evaluador externo examinó la Memoria redactada por el SF y se realizó la reunión de consenso entre el evaluador externo y el equipo evaluador del SF; en dicha reunión se decidió realizar la visita para concretar los temas clave y los temas de visita con la seguridad uniforme de que el nivel podría ser conseguido.

La visita a las instalaciones se realizó los días 17 y 20 de diciembre. Durante la misma se mantuvieron reuniones de grupo entre el equipo evaluador, el equipo directivo y empleados/as con grupos focales establecidos in situ del SF en las instalaciones visitadas. El equipo evaluador externo puso de manifiesto en el informe el alto grado de cooperación del equipo directivo del SF, que dio muestras de un liderazgo total y del resto de personal entrevistado, sin el cual no hubiese sido posible alcanzar el grado objetividad conseguido y que permitió un desarrollo fluido y consistente de la evaluación. Del mismo modo, se destacó la eficacia y el compromiso de todas las personas con el proyecto, así como la capacidad de responder demostrada por todo el personal.

Finalmente, el equipo evaluador externo, teniendo en cuenta los datos aportados por el SF del HGUGM en la Memoria y en la visita realizada a sus instalaciones, y de acuerdo con los requisitos establecidos por el CEG para la concesión de los reconocimientos de excelencia EFQM, otorgó el Sello de Excelencia Europea 300+ al SGC del SF del HGUGM.

La puntuación otorgada por el equipo evaluador externo se presenta en el **Gráfico 5**. En el análisis por criterios, se encontraron las siguientes diferencias entre la autoevaluación y la evaluación externa: los criterios que presentaron el mismo rango de puntuación fueron los criterios 1, 2, 3 y 7; los criterios que presentaron menor puntuación en la evaluación externa que en la interna fueron los criterios 4 (de 41-50 a 31-40), 5 (de 61-70 a 31-40), 6 (de 61-70 a 41-50) y 9 (de 61-70 a 31-40). El único criterio que presentó mayor puntuación en la evaluación externa que en la interna fue el criterio 8 (de 11-20 a 21-30).

Gráfico 5. Evaluación externa 2010: puntuación por criterios



El resumen de áreas de mejora del SF identificados por el equipo evaluador se presenta en el apartado 4.3.2. *Plan de Mejora 400+*, conjuntamente con las detectadas en la autoevaluación. En este apartado, se realiza un análisis de las áreas de mejora implantadas /no implantadas.

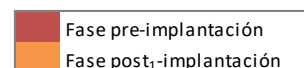
4.3. FASE POST-INTERVENCIÓN: SEGUIMIENTO Y VALIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA

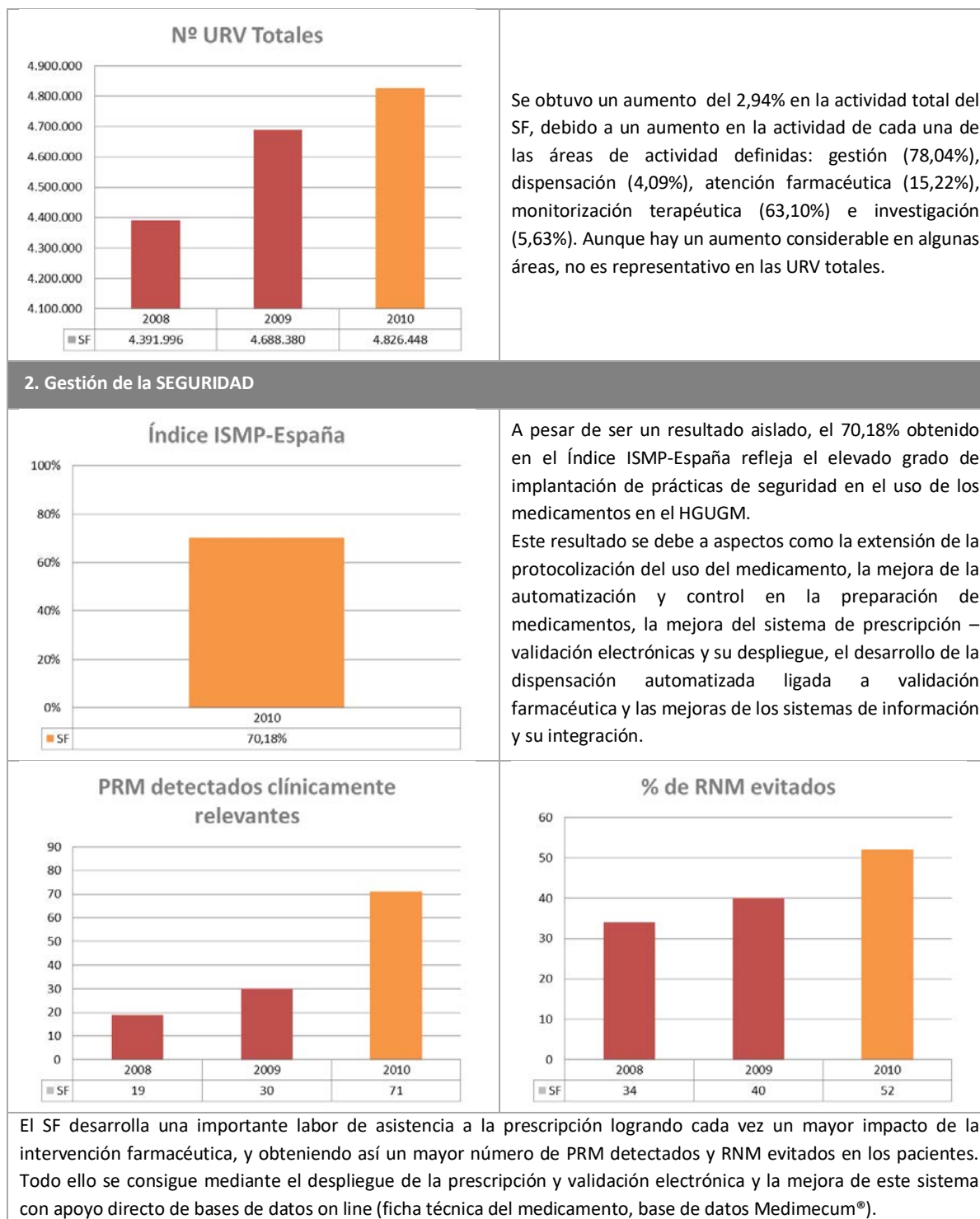
4.3.1. ANÁLISIS POST₁-IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SF Y COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS BASALES

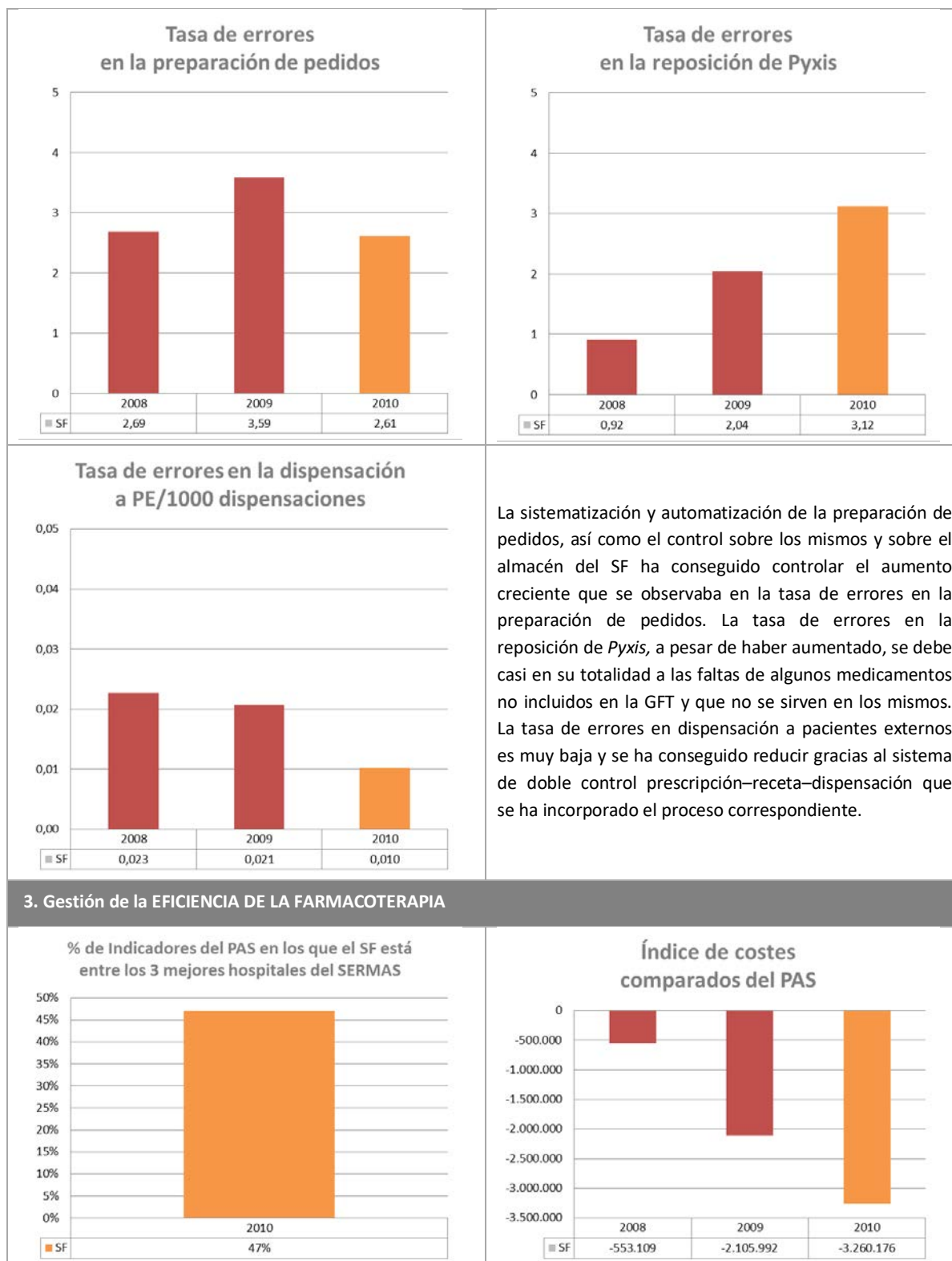
En la **Tabla 42** se presentan los resultados de los indicadores clave relacionados las diferentes dimensiones del SGC del SF hasta 2010, una vez implantado el modelo de gestión de la excelencia EFQM en el SF. Se introdujeron nuevos indicadores clave para validar el modelo: Índice ISMP-España (seguridad), % de indicadores del PAS (coste medio por paciente) en los que el SF está entre los 3 mejores del SERMAS (eficiencia de la farmacoterapia) y todos los

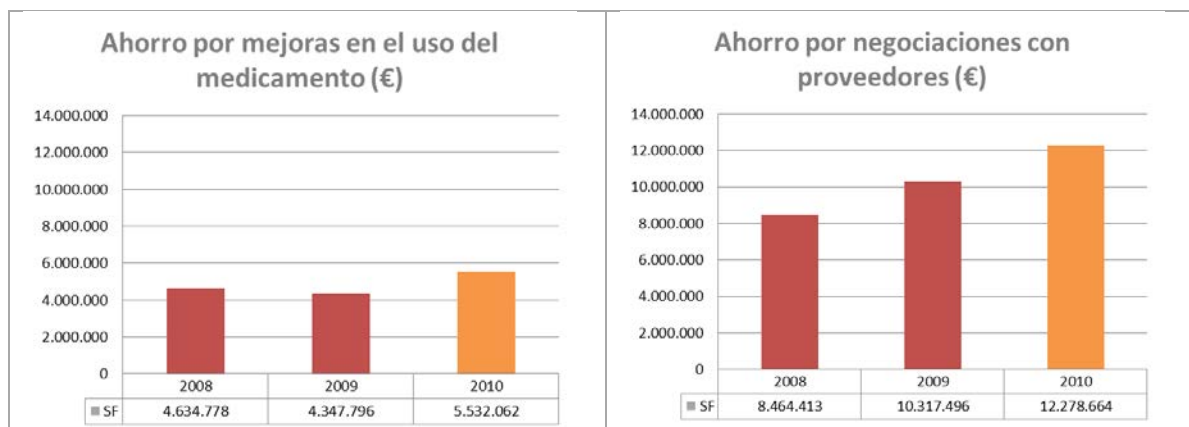
indicadores de satisfacción de personas (por nuevo proceso de realización de encuesta al personal del SF).

Tabla 42. Resultados de indicadores clave: fase post₁-implantación del modelo EFQM (hasta 2010). Se presentan en color rojo, los resultados correspondientes a la fase pre; en color naranja, los resultados correspondientes a la fase post₁). Los resultados se expresan con * cuando presentan una $p < 0,05$ frente a control (fase pre-implantación).







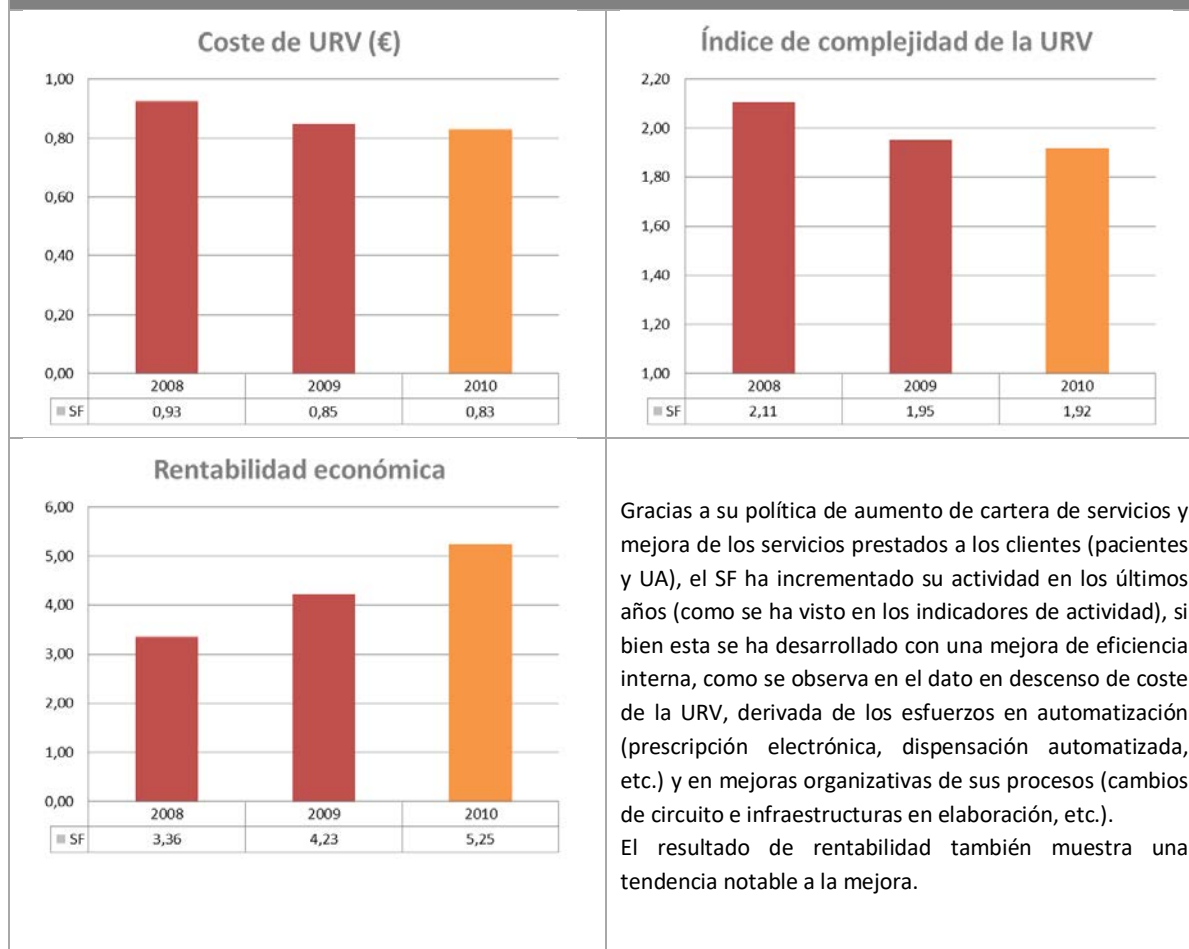


Se observan buenos resultados en la eficiencia del coste de los tratamientos farmacoterapéuticos. El SF ha contribuido a un posicionamiento de liderazgo del HGUGM en el SERMAS, como muestran los 2 indicadores de comparación con el resto de hospitales del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid:

- Sobre los objetivos de coste medio por paciente que establece anualmente el SERMAS para las patologías más caras y relevantes, en casi la mitad de ellos el HGUGM se sitúa entre los tres primeros hospitales en eficiencia.
- Con los costes por paciente alcanzados por el SERMAS, se observa que el SF tiene unos ahorros por sus costes reales superiores a los 3 millones de euros en el año 2010, con una tendencia muy positiva desde 2008.

Para lograr estos objetivos, el SF está realizando un importante esfuerzo en reducción de costes mediante la adecuación de la GFT, la negociación en la compra y la mejora del uso del medicamento por protocolización del mismo, como muestran los dos gráficos de indicadores de ahorro.

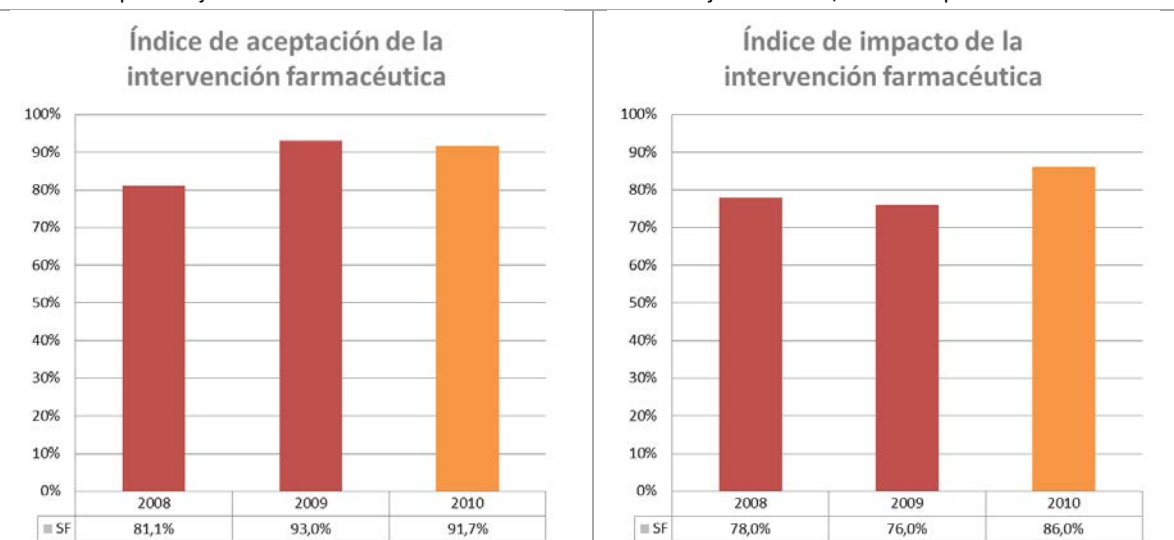
4. Gestión de la EFICIENCIA Y RENTABILIDAD DEL SF



5. Gestión de los CLIENTES

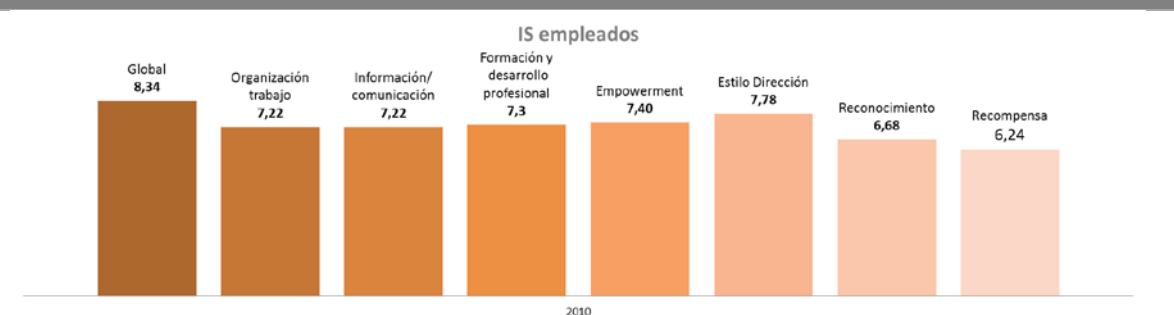


En cuanto a los indicadores de rendimiento de gestión de clientes, el tiempo de espera del PE sigue en un nivel subóptimo, reforzando la idea de la necesidad de revisar los procesos de dispensación y atención farmacéutica en el área de PE para mejorar el indicador. El índice de rotura de stock ha mejorado un 11,1% con respecto a 2009.



Se mantienen buenos niveles de aceptación de la intervención farmacéutica e impacto de la misma, con tendencias positivas en ambos indicadores.

6. Gestión de las PERSONAS

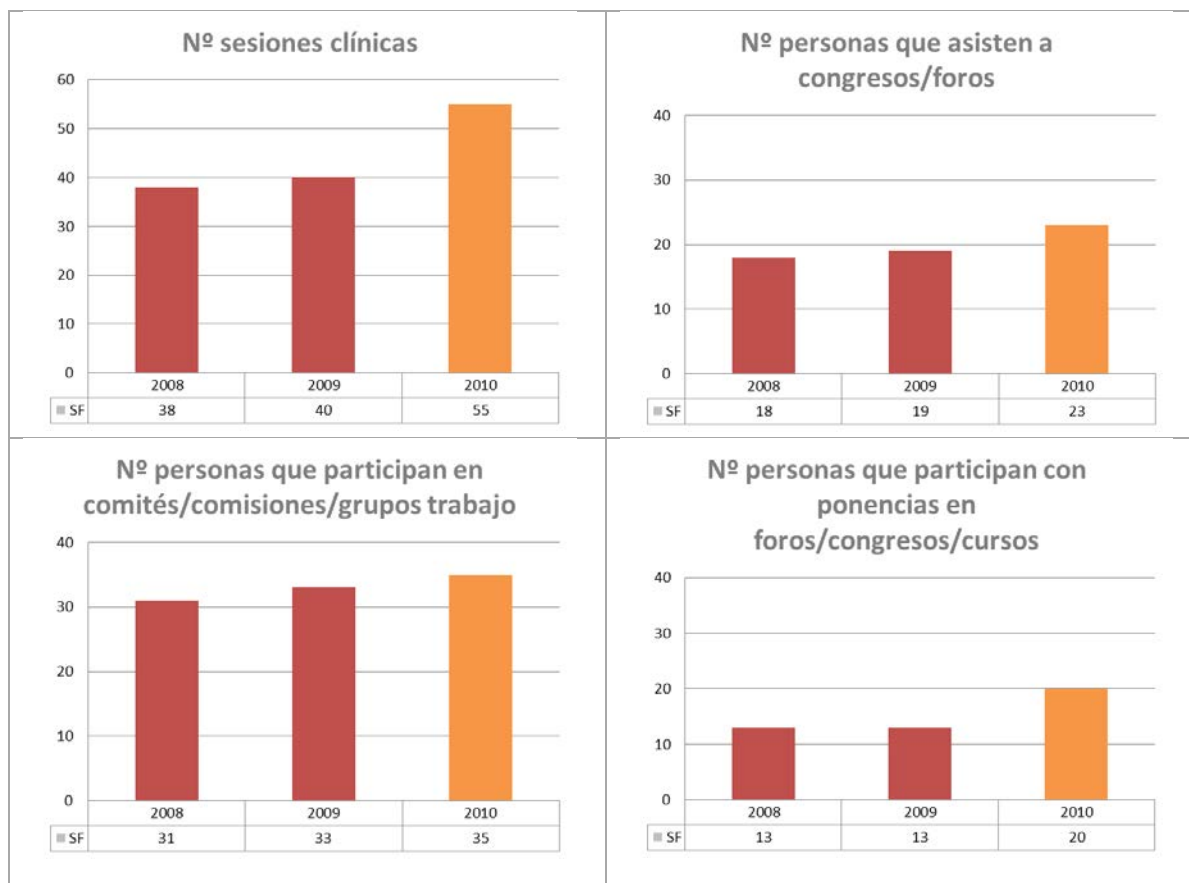


La puesta en marcha de encuestas de satisfacción es una mejora de la gestión de personas. A pesar de que no es posible analizar el impacto de la implantación de modelo de gestión en los profesionales del SF, al no tener datos del histórico, los resultados de la encuesta de personal muestran buen nivel de satisfacción, debido a:

- Desarrollo de sistemas de actualización y formación del personal y de gestión del conocimiento (sesiones bibliográficas, apoyo asistencia a foros, planes de formación, etc.)
- Desarrollo de un sistema de gestión participativa en base a sesiones de servicio y sesiones de área para planificación y seguimiento de objetivos y ámbitos de participación en docencia, en comités y comisiones, etc. para animar la participación de las personas, individual y colectivamente, en actividades de mejora.
- Desarrollo de un sistema de comunicación estructurado en base a las sesiones de servicio, las sesiones de área, la intranet y los sistemas de información de apoyo al trabajo.

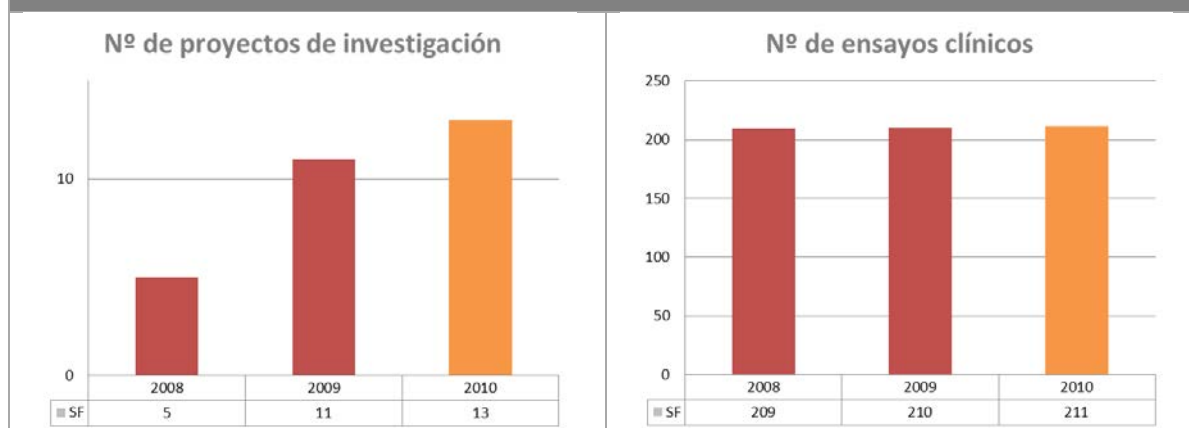


El indicador de absentismo evalúa la satisfacción del personal de forma indirecta: las mejoras realizadas a nivel de los profesionales del SF han provocado que los niveles de absentismo se reduzcan en esta fase del estudio.

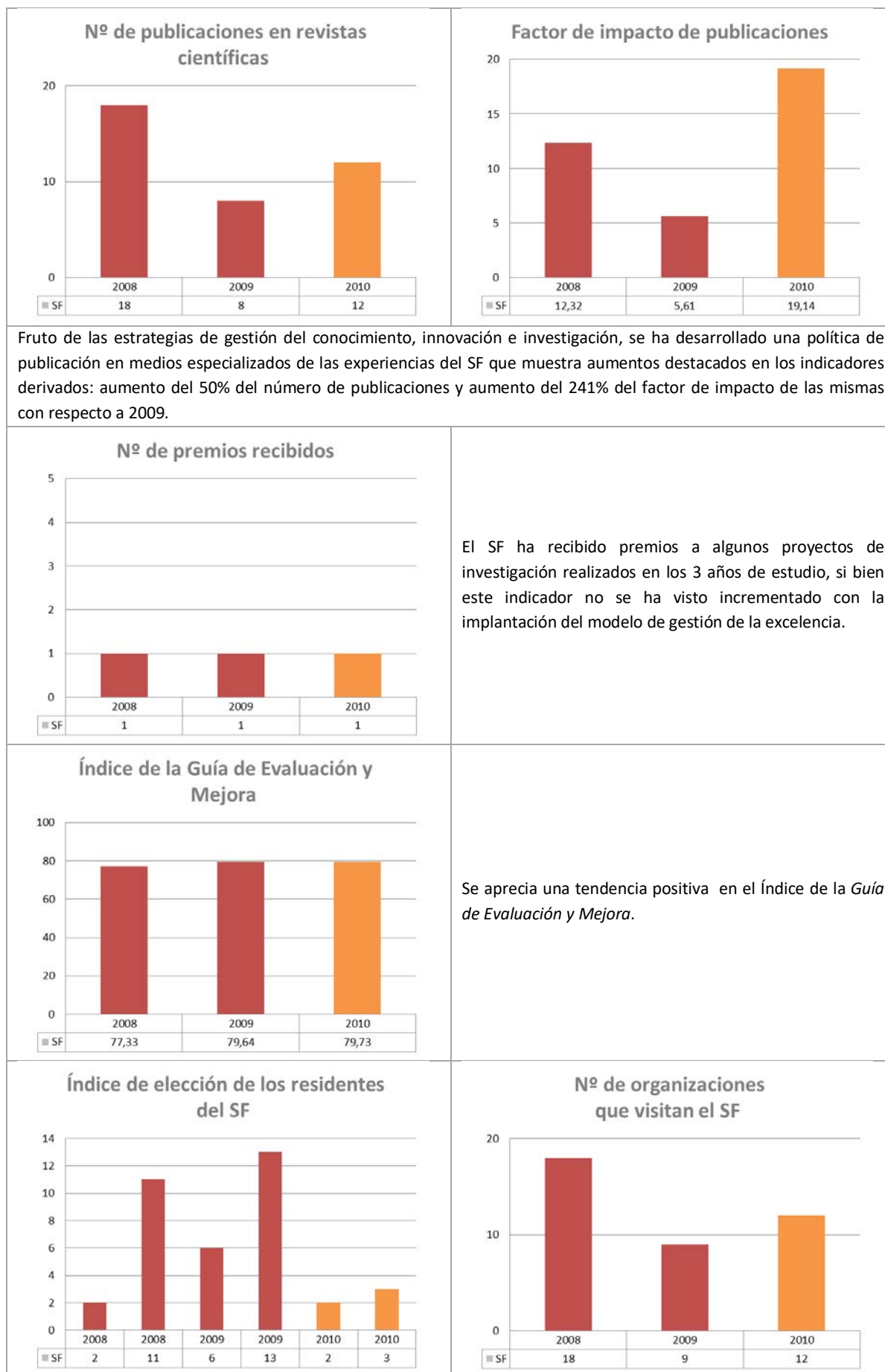


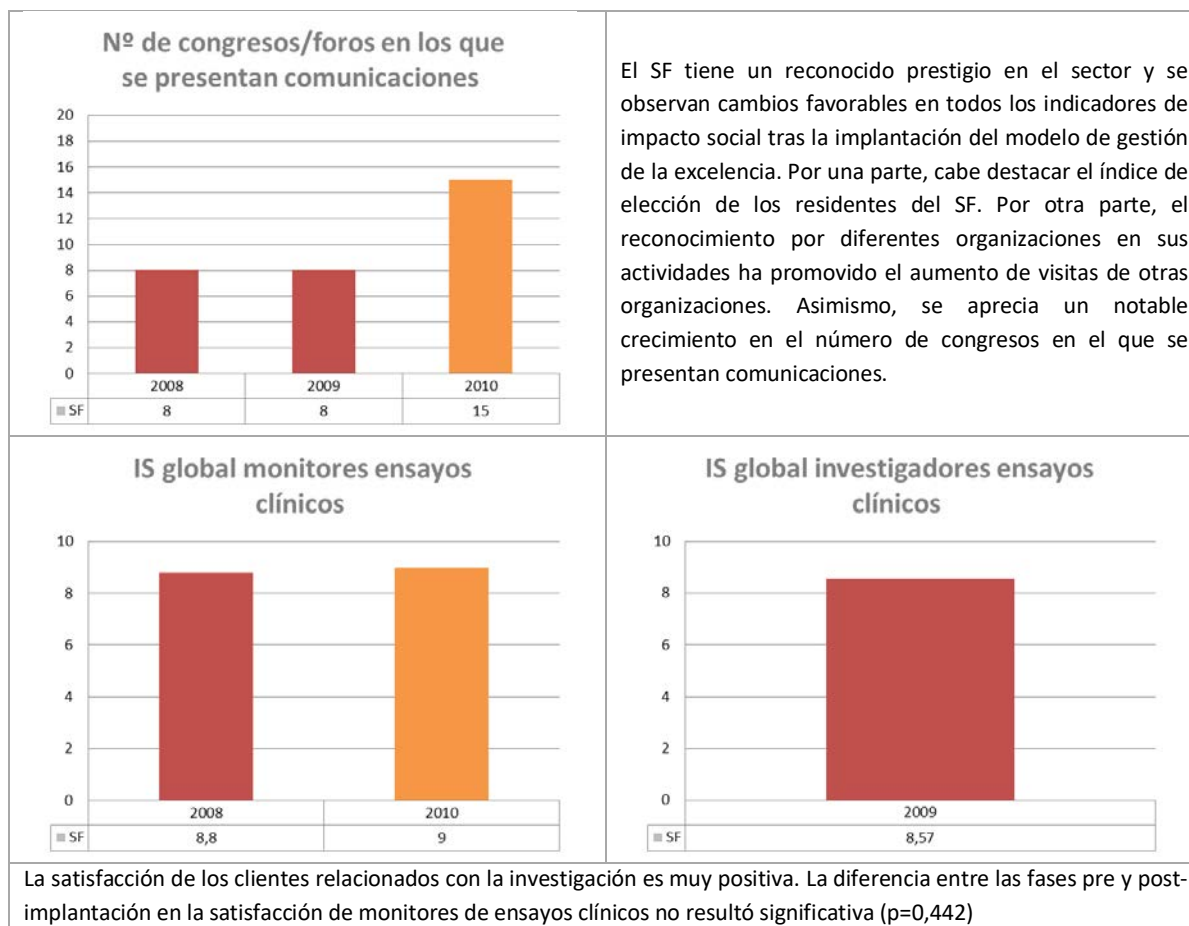
El desarrollo de sistemas de formación y de gestión participativa se pone de manifiesto en los indicadores de rendimiento relacionados con la gestión de personas: se realiza una importante labor para asegurar la competencia del personal en base a la formación y la gestión del conocimiento y los mecanismos de participación y *empowerment* (sesiones de servicio, asistencia a congresos y foros, participación en comisiones y grupos de trabajo, etc.), si bien estos están más sistematizados para el personal farmacéutico.

7. Gestión del IMPACTO SOCIAL



La estrategia de apuestas por la calidad y capacidad investigadora y de apoyo a la investigación del SF ha provocado que el número de proyectos de investigación sea creciente en el tiempo. Estas actividades se sustentan en un gran trabajo con aliados y colaboradores. El número de ensayos clínicos se mantiene constante, no obstante destacar que sí ha aumentado el número de ensayos clínicos nuevos, tal y como se ha puesto de manifiesto en el indicador de nº de URV de investigación, pero no impacta en el indicador de nº de ensayos clínicos al haber coincidido con la finalización de otros. Por tanto, aunque el indicador de ensayos clínicos se mantenga constante sí ha sido creciente la gestión de los mismos.





E: enfermería; F: facultativo; GFT: Guía Farmacoterapéutica; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; IS: índice de satisfacción; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; PE: paciente externo; PRM: problema relacionado con la medicación; RNM: resultado negativo asociado a la medicación; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor.

4.3.2. IMPLANTACIÓN PLAN DE MEJORA 400+: ANÁLISIS DE MEJORAS DETECTADAS EN EVALUACIÓN SGC 300+ (2010) Y MEJORAS INTRODUCIDAS (2010-2013)

Los resultados de la autoevaluación y evaluación externa realizadas en 2010 se presentaron en una reunión a la que asistieron los trabajadores del SF. Con respecto a las áreas de mejora detectadas, se diseñó un plan de trabajo con responsables, plazos y medidas de resultado. Se designaron grupos de trabajo con los profesionales implicados. El seguimiento de la evolución del trabajo se realizó periódicamente en diferentes reuniones.

En la **Tabla 43** se presenta un resumen de las áreas de mejora detectadas en las evaluaciones. Para cada una de ellas se especifica si ha sido implantada durante el *Plan de Mejora 400+*, explicándose más adelante lo más significativo de las mismas.

Tabla 43. Plan de Mejora 400+ a partir del análisis del SGC del Plan 300+ (autoevaluación y evaluación externa 2010)

Áreas de mejora identificadas	Implantada	No implantada
Liderazgo		
Implicación de los líderes en el desarrollo, despliegue y evaluación de la MVV.	Ver 4.3.2.1.1	
No se evidencia una clara comunicación de la MVV y de la política y estrategia por parte de los líderes a las personas de la organización.	Ver 4.3.2.1.1 Ver 4.3.2.3.1 (Criterio Personas)	
Despliegue de la MVV a los diferentes GI. No existen evidencias del grado de sensibilización sobre la MVV de dichos grupos.		
No están definidos explícitamente los perfiles de los líderes.	Ver 4.3.2.1.3	
No se evidencia cómo los líderes identificados actúan como modelo de referencia en valores y principios éticos que crean cultura en la organización.	Ver 4.3.2.1.3	
Fomento de la creatividad y la innovación por parte de los líderes.	Ver 4.3.2.1.3	
Implicación del resto de los líderes identificados en las herramientas clave de gestión.	Ver 4.3.2.1.3	
No se dispone de una definición del modelo de liderazgo del SF.	Ver 4.3.2.1.4	
No se evidencia cómo los líderes de la organización evalúan, revisan y mejoran la eficacia de su propio liderazgo.	Ver 4.3.2.1.4	
No se dispone de un modelo de evaluación personalizada de los líderes y el sistema de evaluación general debe ser ampliado para obtener una información más amplia para la mejora.	Ver 4.3.2.1.4	
Existe un desarrollo desigual del liderazgo sobre las personas entre el personal farmacéutico y de enfermería.		
Si bien, la gestión de los cambios más relevantes se estructura en proyectos y se gestionan de forma sistemática, la gestión de cambios de menor importancia debe sistematizarse y desarrollar una mejor evaluación de sus resultados.		
Se encontraron líneas estratégicas definidas que dan hilos conductores estratégicos a la organización que no se tuvieron en cuenta dentro de la planificación estratégica o de cómo se expuso.	Ver 4.3.2.2.7 (Criterio Política y Estrategia)	
Participación de los líderes en actividades de mejora conjunta con los GI externos y reconocimiento a los mismos por su contribución a los resultados de la organización.		Se realizan proyectos conjuntos de mejora junto con los clientes y otros GI, aunque no está establecido un sistema de reconocimiento a los mismos, sólo para los empleados.

No está claro cómo los líderes apoyan a las personas para hacer realidad los planes, objetivos y metas y cómo motivan al personal a participar en actividades de mejora.	Ver 4.3.2.3.2 (Criterio Personas)	
A pesar de existir un sistema de reconocimiento para las personas, no se evidencia la implicación de los líderes en dichos reconocimientos.	Ver 4.3.2.3.1 (Criterio Personas)	
Hay algunas tareas dentro del liderazgo que se duplican, aunque luego siempre hay alguien que toma la decisión en último término.	Se han revisado las responsabilidades e implicación de los líderes en el sistema de gestión del SF, para evitar duplicidades.	
Falta de evidencia sobre el compromiso del SF con la sociedad.	El compromiso del SF con la sociedad se ha basado en la docencia, la investigación, la visibilidad del SF y el impacto ambiental de los productos que gestiona. Se han establecido, además, nuevos mecanismos de interrelación con la Sociedad. Ver 4.3.2.2.6 (Criterio Política y Estrategia)	
Política y Estrategia		
No están definidos explícitamente los objetivos fundamentales del SF y las estrategias que derivan de los mismos.	Ver 4.3.2.2.1	
Se puede echar de menos alguna estrategia sobre sociedad.		
Incluir en la sistemática de planificación el concepto de factores clave de éxito.	Ver 4.3.2.2.2	
A pesar de que existen indicadores que se miden de forma sistemática en el SF, no están unificados en un CMI.	Ver 4.3.2.2.3	
No se evidencia información sobre el impacto del SF en el exterior.	Ver 4.3.2.2.3	
No existe información relativa al rendimiento de la competencia, salvo el cuadro de indicadores del PAS editado por el Servicio Madrileño de Salud.		
Sistematización de los análisis de las diferentes informaciones que permiten la elaboración de los planes.	Ver 4.3.2.2.3 Ver 4.3.2.2.4 Ver 4.3.2.2.5	
No está claro cómo la organización identifica las necesidades y expectativas de sus GI.	Ver 4.3.2.2.4 Ver 4.3.2.2.6	
No queda clara la gestión de las expectativas de personas y clientes de docencia.		
No se evidencia cómo se evalúan y revisan los métodos para recoger las necesidades y expectativas de los GI.	Ver 4.3.2.2.4 Ver 4.3.2.2.6	
Son escasos los datos aportados sobre que se siga un proceso estructurado y sistemático para elaborar y utilizar la información captada como entrada al proceso de	Ver 4.3.2.2.5	

planificación estratégica.		
Ampliar la participación en la planificación al personal de enfermería y sistematizar la comunicación a este colectivo.	Ver 4.3.2.2.6	
No se evidencia la identificación de los procesos clave de la organización.	Ver 4.3.2.5.1 (Criterio Procesos)	
No se evidencia la comunicación de la MVV y estrategia a todos los GI salvo al personal de la organización y a los responsables del Hospital.	La Memoria EFQM elaborada es una herramienta de difusión/comunicación del SF.	
Unificación de los planes anuales (de gestión y de calidad) en un único plan del SF.	Ver 4.3.2.2.7	
Falta alineamiento específico con el plan 2020 en algunas estrategias.	Ver 4.3.2.2.1	
No queda suficientemente explicitado cómo la entrada de información se utiliza de forma sistemática en el proceso de planificación estratégica, especialmente sobre las necesidades actuales y futuras de todos los GI.	Ver 4.3.2.2.7	
No se evidencia el grado de sensibilización de los distintos GI respecto a la política y estrategia del SF.	Se realizan encuestas a los GI en las que se incluyen aspectos derivados de la política y estrategia del SF.	
Personas		
Implicación de las personas en el desarrollo de políticas, estrategias y planes del SF. Utilización de la información procedente de los empleados para la mejora de políticas, estrategias y planes.	Ver 4.3.2.3.1 Ver 4.3.2.3.2	
No se evidencian otros beneficios para las personas al margen de los establecidos por el convenio colectivo.	Ver 4.3.2.3.2	
Si bien se disponen de enfoques para la gestión de personas en diferentes aspectos, es necesario mejorar la sistematización de los procesos de gestión de personas y su despliegue al personal de enfermería: gestión de competencias y desempeño; formación y gestión del conocimiento; participación; comunicación interna; reconocimiento.		
Sistema de reconocimiento extensible al personal no farmacéutico.		
Plan de formación extensible a los auxiliares de obras y servicios.		
Mayor implicación del personal de enfermería y auxiliares de obras y servicios en los elementos de participación y <i>empowerment</i> identificados.		
Objetivos grupales e individuales. Implementación del plan de desarrollo individual que permita alinear, revisar y actualizar los objetivos individuales con los planes y objetivos de la organización.	Ver 4.3.2.3.3	
Evaluar el rendimiento de las personas.	El rendimiento de las personas se evalúa a partir del cuadro de mando de actividad: nº	

	de URV del producto con respecto al personal implicado en el mismo.	
Aunque se han definido canales e instrumentos de comunicación, no se aportan evidencias de haber realizado una evaluación de la eficacia de dichos elementos.	En la encuesta de personal se evalúa explícitamente la información y comunicación en el SF.	
Alianzas y Recursos		
Si bien muchas alianzas están estructuradas y en mejora continua, no se aprecia un enfoque común para la gestión de alianzas.	Ver 4.3.2.4.2	
No se dispone de un plan de negocio asociado al Plan Estratégico, aunque se tiene un sistema de gestión presupuestaria anual.		
No se dispone de un sistema estructurado para la identificación de las necesidades de información de los empleados.		
No existe evidencia de cómo la organización se asegura la compatibilidad de su estrategia con las de sus aliados.	Ver 4.3.2.4.2 Ver 4.3.2.4.3	
Las alianzas están enfocadas a la obtención de beneficio por parte del SF en lugar de buscar el beneficio mutuo, de hecho, sería recomendable poner objetivos a las alianzas o al plan establecido a la alianza estratégica.	Ver 4.3.2.4.3	
No se evidencian casos concretos de mejora de los procesos de la organización fruto del trabajo conjunto con los aliados.	Ver 4.3.2.4.5	
Analizar el impacto/mejora que tienen los servicios como consecuencia del uso de alianzas.	Ver 4.3.2.4.3	
No se aprecia que existan indicadores en cuanto a la gestión de alianza y recursos.		
No se evidencia la existencia de un plan de evaluación de los proveedores.	Ver 4.3.2.4.4	
No se evalúa la satisfacción de los aliados con el SF.	Ver 4.3.2.4.3 Ver 4.3.2.4.4	
No está claro cómo se gestiona y proporciona acceso a los aliados de la información.	Ver 4.3.2.4.3	
Procesos		
Mejorar la gestión de interfases entre procesos.	Ver 4.3.2.5.1 Ver 4.3.2.5.2	
En el sistema de evaluación de procesos se debe mejorar la frecuencia de las encuestas a clientes, la utilización de esta información y la comunicación a éstos de resultados y planes de mejora.	Ver 4.3.2.5.3	
Completar el despliegue de la gestión de procesos a los procesos de gestión de personas.		
Si bien está avanzada la estructuración de los procesos relacionados con la calidad de los servicios, no se evidencia el desarrollo de estándares de sistemas de gestión en los procesos relacionados con la prevención de riesgos laborales.	Ver 4.3.2.5.4	
No está claro cómo la organización, a partir de los	Se llevan a cabo	

mecanismos utilizados para identificar mejoras, prioriza dichas mejoras.	reuniones de priorización tras las evaluaciones EFQM realizadas.	
No se aprecia la referencia a indicadores que aseguren la eficiencia de los procesos, es decir, el buen funcionamiento del proceso independientemente de sus resultados de rendimiento.	Ver 4.3.2.2.8 (Criterio Política y Estrategia) (en las fichas de procesos se incluyen indicadores de eficiencia)	
Son pocos los datos aportados de cómo los empleados y otros GI (por ejemplo, clientes y aliados) promueven o participan en las mejoras de los procesos, fomentando así su creatividad e innovación.	Ver 4.3.2.2.4 (Criterio Política y Estrategia)	
Son escasos los datos de cómo se tienen en cuenta la información de la competencia, del mercado y entorno en el diseño y desarrollo de nuevos productos y servicios.	Ver 4.3.2.2.5 (Criterio Política y Estrategia)	
Son escasos los datos sobre los trabajos realizados con aliados para la creación de nuevos servicios que añadan valor a los clientes.	Ver 4.3.2.4.5 (Criterio Alianzas y Recursos)	

CMI: Cuadro de Mando Integral; GI: Grupos de Interés; MVV: Misión, Visión y Valores; SF: Servicio de Farmacia.

4.3.2.1. Criterio 1: Liderazgo

4.3.2.1.1. Actualización de la MVV

Durante el *Plan de Mejora 400+*, se revisó y actualizó la MVV:

MISIÓN: *Contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población del área sanitaria, mediante una prestación farmacéutica efectiva, segura y eficiente, en un marco de asistencia integral y continua.*

VISIÓN: *Ser un Servicio de prestigio en el hospital, líder en la Comunidad Autónoma y en España y un referente en el ámbito internacional.*

VALORES: *Enfoque al paciente; Calidad en la Gestión; Orientación al Resultado; Pasión por aprender y enseñar; Apuesta por el Cambio y la Innovación; Trabajo en Equipo/Red.*

La responsabilidad de la actualización de la MVV y su liderazgo es de la Jefa de Servicio, apoyada por el CD y el resto de líderes del SF, que se han implicado en el desarrollo, despliegue y evaluación de la MVV. Para su evaluación cualitativa, cuentan con formación en gestión y liderazgo, con asesoramiento externo, con los resultados de las evaluaciones EFQM internas y externas, etc. La MVV establecida se difundió a todo el personal del SF a través de

las sesiones de servicio generales establecidas, de la misma forma que se comunican la política y estrategia del SF y las actualizaciones que vayan estableciéndose.

4.3.2.1.2. Líderes de la organización: actualización del CD

Aunque no se ha identificado como un área de mejora, cabe destacar la modificación de la composición del CD durante el *Plan de Mejora 400+*, adecuándose a la revisión de los procesos del SF. Se ha introducido un nuevo proceso en el SF, *gestión de la imagen*, y la responsable del mismo se incluyó en el CD. Por tanto, el CD pasó a estar formado por la Jefa del Servicio, los 6 coordinadores de área, la responsable de la gestión de la imagen y la Supervisora de Enfermería.

Asimismo, ha aumentado el número de responsables específicos de actividades, considerados también líderes del SF, al incluirse la figura del coordinador de rotaciones externas debido al alto número de farmacéuticos en formación en otros hospitales nacionales/internacionales que solicitan realizar alguna rotación en el SF del HGUGM. Por tanto, los responsables específicos de actividades son: 5 coordinadores de formación (formación continuada, tutores postgrado (2), responsable pregrado y coordinador rotaciones externas), 1 coordinador de investigación y 16 gestores de procesos (de los cuales 10 no están incluidos en los grupos anteriores).

4.3.2.1.3. Definición del perfil de los líderes

La **Tabla 44** resume el perfil competencial de los líderes que se estableció durante el *Plan de Mejora 400+*, que recoge conocimientos, capacidades y comportamientos asociados. Estos fueron revisados, mejorados y completados en el proceso de *gestión del liderazgo*. En la encuesta de personal actualizada se evalúan dichos conocimientos y capacidades.

Tabla 44. Perfiles de los líderes: fase Plan de Mejora 400+.

Conocimientos
<p>Conocimiento del negocio: conocimiento de los objetivos/FCE del SF y las relaciones de estos con las actividades clave y los fenómenos internos y externos que se dan en el negocio, siendo capaz de interrelacionar todas estas variables entre sí para determinar la situación de la empresa y de su entorno.</p> <p>Se definen los siguientes comportamientos asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoce claramente los objetivos/FCE para desarrollar un buen producto/servicio y obtener buenos resultados. ▪ Comunica estos aspectos de forma clara y comprensible para todos. ▪ Promueve los valores de la organización y es coherente con ellos.
Capacidades
<p>Capacidad de gestión: capacidad para orientar su área de responsabilidad hacia los objetivos y metas del SF (Misión/Visión/Valores – Objetivos – Estrategias), teniendo en cuenta a los grupos de interés interrelacionados.</p> <p>Se definen los siguientes comportamientos asociados:</p>

- Tiene conocimientos sobre herramientas y enfoques de planificación, gestión de procesos y gestión operativa.
- Conoce y desarrolla herramientas y enfoques para la evaluación de indicadores y datos.
- Contribuye en los procesos de planificación estratégica y anual, junto al resto de responsables, mediante aportaciones que clarifican la situación interna y del entorno y de líneas de actuación para el SF.
- Analiza la contribución posible de su área y aporta líneas de trabajo positivas para la consecución de objetivos y metas.
- Se preocupa por coordinar las actuaciones de su responsabilidad con el resto de áreas del SF con el fin de la consecución de los objetivos y metas del SF.

Capacidad de organización: capacidad de planificar, ejecutar y controlar las actividades de las que es responsable a través de una actuación basada en el establecimiento claro de directrices y prioridades, la coordinación eficiente de esfuerzos y la adecuada asignación de recursos. Aporta soluciones a los problemas o incidencias que surgen orientando la actuación hacia objetivos establecidos.

Se definen los siguientes comportamientos asociados:

- Organiza las actividades estableciendo secuencias, responsabilidades, tiempos, objetivos, recursos, etc. de forma efectiva.
- Evalúa periódicamente lo planificado tanto en cumplimiento como en efectividad.
- Toma decisiones de forma eficaz acordes con su nivel de responsabilidad, tanto en la organización de la actividad como cuando existen desviaciones.
- Comunica con claridad la planificación, las directrices y prioridades.

Capacidad de innovación y mejora: capacidad para detectar, articular y promover las necesidades de cambio propias, de los colaboradores y del negocio, aportando ideas y siendo receptivo a las aportadas por los demás.

Se definen los siguientes comportamientos asociados:

- Cuestiona lo que se hace tradicionalmente.
- Desarrolla ideas nuevas para mejorarlo, mostrando flexibilidad.
- Gestiona con agilidad los cambios.
- Estimula y valora la creatividad y la innovación de los colegas y colaboradores.
- Es permeable a las ideas de otros y a la crítica constructiva.
- Admite sus errores cuando se equivoca.
- Fomenta la creatividad en todas las áreas del SF
- Tiene responsabilidades personales sobre planes, procesos, proyectos y participación en foros, congresos, gestión de la bibliografía, etc.

Capacidad de liderar personas: habilidad para establecer estrategias y herramientas que logren el máximo desarrollo del potencial de cada colaborador, explicando, orientando y haciendo seguimiento del mismo. Capacidad de motivación, formando, informando, comunicando y siendo receptivo a las necesidades de los colaboradores.

Se definen los siguientes comportamientos asociados:

- Establece y asigna responsabilidades acordes a las capacidades de sus colaboradores y con equilibrio y equidad en las cargas.
- Delega la toma de decisiones de forma ordenada y según las personas pueden hacerse cargo de las mismas.
- Aporta directrices, criterios y conocimientos que permiten asumir las responsabilidades y desarrollarlas.
- Mantiene relaciones abiertas y transparentes con sus colaboradores.
- Mantiene un alto nivel de comunicación con los colaboradores desarrollando la comunicación ascendente.
- Explica las decisiones tomadas y da participación a los colaboradores para que aporten ideas, valorando dichas aportaciones.
- Trata a los colaboradores con respeto y de forma equitativa.
- Se preocupa por sus colaboradores y trata de entender sus problemas y puntos de vista (empatía).
- Da reconocimiento a los colaboradores en función de su aportación.
- Procura el equilibrio entre trabajo y vida personal.
- Promueve el trabajo en equipo, la colaboración y un comportamiento ético en su equipo de colaboradores.
- Actúa de forma consecuente con lo que dice.
- Genera corresponsabilidad del personal para el desarrollo y despliegue del esquema de gestión establecido.
- Compartiendo conocimientos y decisiones en las sesiones de servicio y sesiones de área.
- Establece una dinámica de flexibilidad en la gestión del trabajo y una potente dinámica de formación y gestión del conocimiento.

FCE: factores clave de éxito; SF: Servicio de Farmacia

4.3.2.1.4. Nuevo proceso: gestión del liderazgo

Hasta el año 2012, el liderazgo se ha gestionado en base a la percepción sobre diferentes aspectos del mismo incluidos en la encuesta de personal, los resultados de la misma y el asesoramiento de expertos en gestión general y de personas.

El CD se hizo consciente de la necesidad de mejora en el enfoque de gestión del liderazgo a partir de las evaluaciones EFQM y de la formación en cursos de liderazgo y gestión de personas, por lo que trabajó con un asesor externo en este enfoque. Por este motivo, a partir de 2012, se ha elaborado un nuevo proceso de gestión del liderazgo para definir el modelo de liderazgo. Éste está basado en las siguientes acciones de mejora resultantes:

- Se han establecido formalmente las competencias de los líderes, que incluyen aspectos ligados a la gestión de la organización y liderazgo de personas (Ver apartado anterior, 4.3.2.1.3).
- Se han definido los comportamientos asociados a cada una de las competencias (Ver apartado anterior, 4.3.2.1.3).
- Se ha establecido una sistemática para el desarrollo de la mejora personal, en la que los líderes de la organización evalúan, revisan y mejoran la eficacia de su propio liderazgo.
- Se ha definido el sistema de evaluación que se realizará bienalmente en años alternos mediante dos encuestas:
 - Encuesta de personal: para valorar el liderazgo en su conjunto, en términos de organización y gestión y en términos de gestión de personas. La encuesta ha sido revisada para optimizar la información que se obtiene a partir de la misma.
 - Encuesta de liderazgo: modelo de evaluación personalizada para cada líder con criterios de sistema feedback 360º.

4.3.2.2. Criterio 2: Política y Estrategia

Tras la autoevaluación y evaluación externa del SF, en la reflexión estratégica realizada durante el *Plan de Mejora 400+*, el CD estableció la nueva estructura estratégica del SF en la que se incluyeron las siguientes mejoras principales:

- Definición de los objetivos fundamentales del SF, establecidos explícitamente a partir de su MVV y las estrategias que derivan de los mismos (Ver apartado 4.3.2.2.1).
- Definición de los FCE que impactan de forma relevante en cada uno de dichos objetivos (Ver apartado 4.3.2.2.2).

- Definición del Cuadro de Mando Integral (CMI) de indicadores que permiten la medición y evaluación de cada uno de los objetivos y FCE (Ver apartado 4.3.2.2.3)
- Definición de las Voces (de accionistas, clientes, personas, sociedad, proveedores y aliados clave, entorno tecnológico): documentos en los que se resumen las necesidades clave actuales y futuras y las expectativas de cada GI y los resultados y la situación interna respecto a los mismos (Ver apartado 4.3.2.2.4)

En la nueva estructura estratégica definida en el *Plan de Mejora 400+*, se ha establecido el análisis DAFO como mecanismo para el análisis de la información del entorno y del rendimiento interno. Ésta es una herramienta en la que se establecen las fortalezas/debilidades y amenazas/oportunidades de forma ordenada y estructurada para cada uno de los objetivos fundamentales y los FCE que impactan sobre ellos. Se basa en los resultados obtenidos en los indicadores descritos en el CMI y en las Voces de sus GI (Ver apartado 4.3.2.2.5).

4.3.2.2.1. Objetivos fundamentales y estrategias claves del SF

Se establecieron cuatro objetivos fundamentales del SF que derivan de la MVV y se incluyeron dos FCE que impactan de forma relevante en todos ellos. Para cada objetivo/FCE se establecieron las estrategias clave que apoyan la MVV a través de ellos. Se presenta el esquema en la **Tabla 45**.

Para la redefinición de las estrategias del SF, se ha contado con un consultor externo experto que ha apoyado la mejora y solidez de dicho proceso. Se han utilizado, además de la información y del entorno, los siguientes elementos de aprendizaje y *benchmarking*:

- Referencia de la *Estrategia 2020* para la FH definida por la SEFH y los *Objetivos Estratégicos para 2015* establecidos por la *American Society of Health-System Pharmacists*.
- Información y conocimiento obtenidos a través de las relaciones de colaboración y *benchmarking* con otros hospitales (Brighan and Women's Hospital, New England Hospital, Hospital Clinic de Barcelona, Hospital Virgen de la Arrixaca, etc.)
- Información del SERMAS de indicadores de seguimiento de la red sanitaria de Madrid.
- Conocimiento adquirido a través de la bibliografía y asistencia a foros sectoriales.

Tabla 45. *Objetivos fundamentales, factores clave de éxito y estrategias clave: fase Plan de Mejora 400+.*

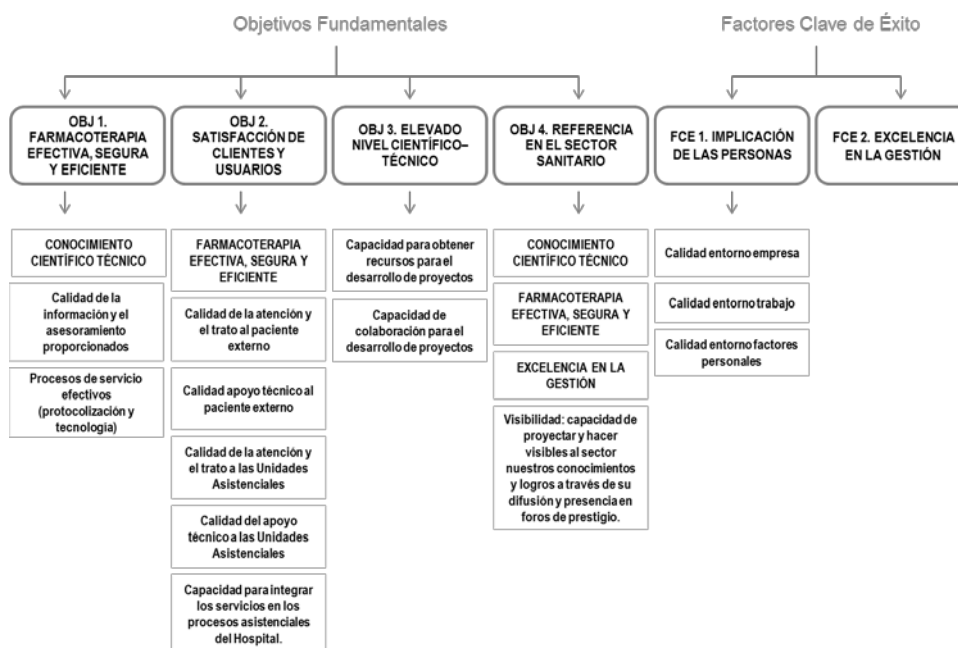
OBJETIVOS FUNDAMENTALES/FACTORES CLAVE DE ÉXITO		ESTRATEGIAS CLAVE
1. CONSEGUIR UNA FARMACOTERAPIA EFECTIVA, SEGURA Y EFICIENTE		<ul style="list-style-type: none">-Potenciación de la CFT en su función orientada del uso del medicamento.-Aplicación del conocimiento en sistemas de información para agilizar y dar eficiencia y seguridad a los procesos de prescripción, validación y administración-Desarrollo de la dispensación de medicamentos “listos para su uso”, mediante la potenciación de la preparación y acondicionamiento centralizado de medicamentos.-Optimización de la eficiencia en el uso del medicamento en las patologías de alto coste en base a la protocolización y acciones de apoyo en la mejora de la indicación y el uso de dichos medicamentos.-Optimización de la seguridad en el uso del medicamento en las patologías / pacientes de alto riesgo.-Consolidar una posición de liderazgo de los servicios de farmacogenética y farmacocinética entre las UA del Hospital.
2. LOGRAR UNA ADECUADA SATISFACCIÓN DE CLIENTES Y USUARIOS		<ul style="list-style-type: none">-Desarrollo de la “orientación al cliente” para los “clientes Hospital”.-Reorganización del sistema asistencial de pacientes no ingresados.
3. ALCANZAR UN ELEVADO NIVEL CIENTÍFICO – TÉCNICO		<ul style="list-style-type: none">-Potenciación de <i>iPharma</i> como motor de desarrollo de la innovación y la investigación orientada a la aplicabilidad de sus resultados en la consecución de los objetivos del SF.
4. SER REFERENCIA EN EL SECTOR SANITARIO		<ul style="list-style-type: none">-Desarrollar un plan de imagen proactivo que permita conocer al SF en todo su entorno sanitario.
	IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS	<ul style="list-style-type: none">-Desplegar las políticas de integración de personas en el SF al personal no farmacéutico.
	EXCELENCIA EN LA GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none">-Potenciación del modelo de gestión del SF conforme a criterios de gestión de la excelencia.

CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica; SF: Servicio de Farmacia; FH: Farmacia Hospitalaria; UA: Unidades Asistenciales

4.3.2.2.2. Factores clave de éxito y ventajas competitivas

En el análisis estratégico actualizado en 2012 se definieron los FCE que impactan para cada uno de los objetivos/FCE. Se representa en la **Figura 16**.

Figura 16. Objetivos fundamentales y factores clave de éxito



4.3.2.2.3. Cuadro de Mando Integral

Se definió el CMI de indicadores con dos niveles de indicadores: *indicadores clave* e *indicadores complementarios* para cada uno de los objetivos fundamentales/FCE del SF. Se planificó e implementó un proceso de seguimiento, análisis de resultados y mejora continua mediante la medición anual y evaluación sistemática de dichos indicadores. En la **Tabla 46**, se presentan los indicadores derivados del CMI (en negrita, los indicadores clave).

Tabla 46. Indicadores clave y complementarios del Cuadro de Mando Integral: fase Plan de Mejora 400+

Objetivos / Factores clave de éxito	Indicadores
FARMACOTERAPIA EFECTIVA, SEGURA Y EFICIENTE	Índice ISMP-España
	% de Indicadores del PAS (coste medio por paciente) que SF está entre los 3 mejores hospitales grandes del SERMAS
	Índice sintético
	Coste por UCH
	Índice de costes comparados del PAS
	Coste URV

	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO - TÉCNICO	Factor Impacto de publicaciones
		Índice de la <i>Guía de Evaluación y Mejora para los SF</i>
		Complejidad URV
		Proyectos de investigación
		Ensayos Clínicos
	Calidad Información y Asesoramiento	IS facultativos (UA) calidad de la información
		IS facultativos (UA) calidad de la resolución de problemas
		% intervenciones aceptadas
		IS enfermería (UA) calidad de la información
		IS enfermería (UA) calidad de la resolución de problemas
Procesos de Servicio Efectivos	% pedidos preparados conformes	
	% líneas no servidas (Índice rotura de stock)	
	Tasa de errores en preparación de pedidos	
	Tasa de errores en reposición de <i>Pyxis</i>	
	PRM detectados clínicamente relevantes	
	% Intervenciones con impacto significativo	
	% de RNM evitados	
	Ahorro por mejoras en el uso del medicamento	
	Ahorro por negociaciones con proveedores	
	% del total de compras ahorrado por el SF	
	Rentabilidad	
SATISFACCIÓN CLIENTES Y USUARIOS		IS PE global
		IS facultativos (UA) global
		IS enfermería (UA) global
	FARMACOTERAPIA EFECTIVA, SEGURA Y EFICIENTE	Índice ISMP-España
		Tasa errores en la dispensación a PE/ 1000 dispensaciones
		Tasa de errores en reposición de <i>Pyxis</i>
		Índice ISMP de seguridad en SAD
	Calidad de atención y Trato al PE	Tiempo de espera para la atención al PE
		IS PE tiempo de espera
		IS PE trato consultas
		IS PE trato dispensación
	Calidad Apoyo Técnico al PE	IS PE calidad información
		IS PE calidad de la resolución de problemas
	Calidad de Atención y Trato a las UA	IS facultativos (UA) disponibilidad farmacéutico
		IS facultativos (UA) adecuación atención
		IS enfermería (UA) disponibilidad para la atención
		IS enfermería (UA) adecuación de la atención
	Calidad Apoyo Técnico a las UA	IS facultativos (UA) calidad de la información
		IS facultativos (UA) calidad de la resolución de problemas
		% intervenciones aceptadas
		IS enfermería (UA) calidad de la información
		IS enfermería (UA) calidad de la resolución de problemas
	Integración Servicios en los procesos asistenciales Hospital	IS enfermería (UA) adecuación servicio pedidos
		IS facultativos (UA) adecuación servicio
		% líneas no servidas (Índice rotura de stock)
		Tasa de errores en preparación de pedidos
CONOCIMIENTO CIENTÍFICO – TÉCNICO		Factor impacto de publicaciones
		Índice de la <i>Guía de evaluación y mejora para los SF</i>
		Complejidad URV
		Proyectos de investigación

		Ensayos clínicos
	Capacidad Obtención Recursos	Nº proyectos de investigación financiados externamente (públicos)
	Capacidad Colaboración Proyectos	IS global monitores ensayos IS global investigadores ensayos
REFERENCIA SECTOR SANITARIO		Índice de elección de los residentes del SF
		Nº organizaciones que nos visitan
		Nº de comités, grupos de trabajo relevantes en los que participa SF
		Nº de ponencias/participaciones en foros del sector a los que se nos invita
	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO - TÉCNICO	Factor impacto de publicaciones
		Índice de la <i>Guía de evaluación y mejora para los SF</i>
		Complejidad URV
		Proyectos de investigación
		Ensayos clínicos
	FARMACOTERAPEÚTICA EFECTIVA, SEGURA Y EFICIENTE	Índice ISMP-España
		% de indicadores del PAS (coste medio por paciente) que SF está entre los 3 mejores hospitales grandes del SERMAS
		Índice sintético
		Coste por UCH
		Índice de costes comparados del PAS
		Coste URV
	EXCELENCIA EN LA GESTIÓN	Puntos en Evaluación EFQM
	Visibilidad	Nº de ponencias/participaciones en foros del sector a los que se nos invita
		Nº de comités, grupos de trabajo relevantes en los que participa SF
		Nº de publicaciones
		Nº premios
		Nº congresos a los que se presentan comunicaciones
IMPLICACIÓN PERSONAS		IS empleados global
		% absentismo
	Calidad Entorno Empresa	IS empleados imagen empresa
		IS empleados objetivos
		IS empleados organización
		IS empleados innovación
		IS empleados valores
	Calidad Entorno Trabajo	IS empleados organización trabajo
		IS empleados recursos
		IS empleados información / comunicación
		IS empleados formación y desarrollo profesional
	Calidad Entorno Factores Personales	IS empleados <i>empowerment</i>
		IS empleados estilo Dirección
		IS empleados reconocimiento
		IS empleados participación
		IS empleados ambiente trabajo
		IS empleados gestión laboral
	IS empleados recompensa	
	EXCELENCIA EN LA GESTIÓN	

EFQM: *European Foundation for Quality Management*; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; IS: índice de satisfacción; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; PE: paciente externo; PRM: problema relacionado con la medicación; RNM: resultado negativo asociado a la medicación; SAD: Sistemas Automatizados de

Dispensación; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; UCH: Unidad de Complejidad Hospitalaria; URV: Unidades Relativas de Valor.

4.3.2.2.4. Las Voces: identificación de las necesidades y expectativas de los GI

Para comprender y detectar las necesidades y expectativas de los GI, el SF dispone de múltiples mecanismos de evaluación. Se ha establecido durante el *Plan de Mejora 400+* que toda la información obtenida en estos análisis quede resumida en las Voces y que ésta sea utilizada para la elaboración y actualización del DAFO del SF y así se refleje en sus estrategias. En la **Tabla 47** se muestra, a modo de ejemplo, el documento de Voces de accionistas para el año 2012.

Tabla 47. Voces de accionistas (año 2012)

VOZ: ACCIONISTAS		Año: 2012
TIPO ACCIONISTA	FUENTES INFORMACIÓN	
HGUGM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normativa del HGUGM ▪ Planes del HGUGM ▪ Objetivos anuales (Contrato Gestión) ▪ Reuniones periódicas de gestión ▪ Reuniones con servicios centralizados ▪ Comisiones clínicas y grupos de trabajo ▪ Resultados económicos 	
SERMAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normativa del SERMAS ▪ Planes del SERMAS ▪ Objetivos anuales (Contrato Programa) ▪ Reuniones periódicas de gestión ▪ Grupos de trabajo en los que se participa ▪ Resultados económicos 	
CONCLUSIONES		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Las necesidades prioritarias de SERMAS y del HGUGM vienen determinadas por la situación de crisis y recortes necesarios en costes, por lo que se demanda al SF eficiencia en el gasto farmacéutico e información completa y ágil de indicadores económicos (objetivos de PAS) y de coste del SF (coste de URV), sin pérdida de seguridad y eficacia en el uso del medicamento y de servicio hacia clientes. 2. Además se pide desde ambos estamentos apoyo en la mejora a través de la participación en grupos de trabajo (SERMAS) y en comisiones y grupos de mejora (HGUGM) 3. El HGUGM demanda cada vez mayor integración y colaboración con servicios centrales: gestión ambiental, gestión de prevención de riesgos laborales, etc. 4. El HGUGM demanda mejoras de impacto social: contribución al prestigio del Hospital, docencia e investigación. 5. Los resultados del SF muestran (año 2012): <ul style="list-style-type: none"> - El HGUGM está entre los tres primeros en eficiencia de coste por paciente en 12 de 18 objetivos PAS (67%) - El índice de costes comparados del PAS refleja un gasto del HGUGM menor, comparado con la media de hospitales de Madrid (en torno a 1M €). - Los ahorros del SF por negociación con proveedores de medicamentos es superior a 15M € en 2012 - Se desarrollan ahorros anuales por mejoras de uso del medicamento (protocolización, GFT, proyectos de apoyo a los servicios asistenciales, etc.), en torno a 5M € - La rentabilidad de los € gastados en el SF ha pasado de 3,36 € en 2008 a 5,90 € en 2012 - La eficiencia del SF es cada año mejor con tendencias decrecientes (coste por URV = 0,93 en 2008 a 0,64 en 		

2012)

- Mejora de los servicios a las unidades internas del Hospital: oferta de nuevos servicios y mejores valoraciones de los usuarios (Voz de clientes)
- Se mantienen niveles altos y crecientes de seguridad (índice ISMP-España = 71,61%)
- Se trabaja en docencia manteniendo un prestigio muy alto en la elección de residentes, siendo el SF del HGUGM elegido por alumnos en los primeros lugares de su promoción y con valores altos de satisfacción en la docencia y en su integración en el SF.
- Se mejora el índice de impacto de las publicaciones (12,3 en 2008 a 59,18 en 2012) y se mantiene un alto nivel de presencia en congresos, cursos, jornadas y foros de prestigio en el sector (35 grupos trabajo y 62 ponencias a los que se nos invita)
- Se desarrolla un elevado nº de ensayos clínicos (242) y de proyectos de investigación e innovación (18), habiéndose creado y desarrollado *iPharma*.

GFT: Guía Farmacoterapéutica; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; PAS: Plan de Asistencia Sanitaria; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; URV: Unidades Relativas de Valor.

Fruto de la implantación del sistema de Voces, se han realizado diferentes mejoras en la interrelación con los GI que se han llevado durante el *Plan de Mejora 400+* (ver apartado 4.3.2.2.6), entre las que destacan:

- Creación del Grupo PRODI con responsables de enfermería (2011).
- Remodelación de encuestas a clientes (2012).
- Reorientación de la estructura de farmacéuticos a responsables por patologías (2012).
- Establecimiento y actualización del cuadro de mando de indicadores económicos (de alta influencia en el cuadro de mando económico del HGUGM) (2011).
- Establecimiento de una encuesta de personal contrastada con grupos focales de empleados (2011).
- Establecimiento de un sistema de encuesta de liderazgo 360º (2012).
- Desarrollo de las reuniones de gestión operativa de áreas (2011-2012).
- Desarrollo de las encuestas a proveedores (2011) y a aliados (2012).
- Formalización del proceso de gestión de alianzas con una mejor estructuración de acuerdos, seguimientos y evaluaciones (2012).

4.3.2.2.5. Análisis de la información del entorno y del rendimiento interno: los DAFO

Se estableció el análisis DAFO como mecanismo de análisis de la información del entorno y del rendimiento interno: en él se analizan debilidades y fortalezas (análisis interno); amenazas y oportunidades (análisis del entorno). Se presenta un ejemplo del mismo, correspondiente al año 2012 en la **Tabla 48**.

Tabla 48. Análisis DAFO del Servicio de Farmacia (año 2012)

DAFO GENERAL	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
FARMACOTERAPIA EFECTIVA, SEGURA Y EFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> El SF es uno de los hospitales más eficientes de Madrid, debido en gran medida a la gestión de la guía, sistematización de proyectos de reducción de costes en uso, gestión de compras. El 67% de indicadores PAS está entre los tres más eficientes en Madrid, buen índice de costes comparados del PAS (-897.434€), costes decrecientes por URV, etc. Buen nivel de seguridad. Se encuentra entre los mejores de España (ISMP>70) y creciente, debido a la automatización, control, gestión de la guía, protocolización, etc. 		<ul style="list-style-type: none"> Orientación de disminución de gasto farmacéutico en las Unidades Asistenciales. Los clientes externos e internos "presionan" sobre la necesidad de la seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> La crisis reduce las posibilidades de inversión en sistemas para la seguridad Tendencia de los medicamentos a mayor coste y mayor complejidad de uso Creciente importancia de las asociaciones de pacientes en la definición de medicamentos a utilizar
SATISFACCIÓN CLIENTES Y USUARIOS	<ul style="list-style-type: none"> Nivel adecuado de satisfacción de clientes: pacientes (7,23) y facultativos (7,42); el nivel de enfermería es menor (6,08). En las últimas encuestas (reformuladas) los valores suben hasta 8,48 (facultativos) y 7,42 (enfermería) Sistema de encuestas consolidado(2012) 		<ul style="list-style-type: none"> Orientación de disminución de gasto farmacéutico en las Unidades Asistenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Crecimiento importante de pacientes externos Crisis económica con pocos recursos para la atención a los pacientes y al resto de clientes Creciente exigencia de necesidades y expectativas de los clientes
NIVEL CIENTÍFICO - TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> Se desarrolla múltiple actividad investigadora de buen nivel y creciente (242 ensayos clínicos), y buenos niveles de impacto de publicaciones (59,18) Se ha creado <i>iPharma</i> para la gestión de la innovación sistemática, que aglutina y alinea muchas de las líneas de innovación e investigación. Alta implicación de farmacéuticos pero baja del resto del personal en el desarrollo de innovación y conocimiento 		<ul style="list-style-type: none"> La situación de referencia en la gestión de la innovación (<i>iPharma</i>) nos permite el acceso a proyectos multicentro, que es un parámetro de referencia en la concesión de fondos 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de financiación por la crisis

REFERENCIA SECTOR SANITARIO		<ul style="list-style-type: none">▪ Buen nivel de reconocimiento en ámbito educativo (formación y experiencia muy valorada por alumnos/instituciones), hospitales (múltiples visitas y asistencia a nuestros cursos por parte de otros SF) e instituciones. Tendencias crecientes.▪ Desarrollo en 2012 de un nuevo proceso: gestión de la imagen para mejorar los criterios de comunicación y mejorar la efectividad de las actuaciones en este sentido.		<ul style="list-style-type: none">▪ La crisis económica hace que las inversiones se ralenticen en los próximos años y no se prevean grandes cambios tecnológicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Velocidad de innovación del hospital es baja frente a los hospitales de nuestro nivel, si bien los servicios más innovadores son aliados del SF
	IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Buen nivel y creciente en el tiempo con comparaciones valorables positivamente con el conjunto del hospital, distribución desigual por colectivos. En 2012, a pesar de la crisis y sus efectos en la gestión de personal se mantienen e incluso mejoran los índices de satisfacción del personal.		<ul style="list-style-type: none">▪ Probabilidad alta de estabilización de la plantilla de farmacéuticos▪ Creación de nueva titulación de técnicos farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none">▪ Crisis económica con recortes de recursos
	EXCELENCIA EN LA GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none">▪ Sistema de gestión con reconocimiento de excelencia +300, siendo puntero en el sector.	<p>Es necesario profundizar en aspectos más débiles como:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ toma de decisiones en función de información (desarrollo CMI/mejora de los indicadores de procesos en 2012)▪ Organización de los procesos y la actividad (nuevos procesos y fichas de control de procesos en 2012)▪ Participación y empowerment del personal en la gestión (desarrollo creciente de la gestión operativa en diferentes áreas con participación de personal no farmacéutico)		

CMI: Cuadro de Mando Integral; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; PAS: Plan de Asistencia Sanitaria; SF: Servicio de Farmacia; URV: Unidades Relativas de Valor.

4.3.2.2.6. Nuevos mecanismos de interrelación con los GI del SF

Las relaciones con los GI son responsabilidad de los componentes del CD según sus áreas de responsabilidad. Se dispone de formación en gestión y liderazgo, de la información proveniente de la colaboración con los propios GI que aportan oportunidades de mejora, de la colaboración de expertos externos en gestión, de las propias necesidades y expectativas de los GI (a través de las Voces) y de las evaluaciones EFQM y auditorías tanto internas como externas para evaluar estas actuaciones.

A partir de la información derivada de estas acciones, durante el *Plan de Mejora 400+*, el CD revisó y actualizó los mecanismos de interrelación entre los líderes y los GI, y a raíz de ello, se han fortalecido las interrelaciones con todos los GI y los mecanismos para mejorar sus expectativas. Se presentan a continuación las mejoras surgidas del proceso:

I. Clientes internos

- *Creación del Grupo PRODI* (PROcedimientos de Dispensación): grupo de trabajo impulsado desde el SF a partir de los resultados de las encuestas a clientes de las UA realizada en 2010, en las que se detectó que los resultados no estaban en consonancia con los datos internos. Se tradujo en reuniones sistemáticas con el objetivo de analizar problemáticas, detectar nuevas necesidades, etc., y, de esta forma, aumentar la participación del personal de enfermería de las UA en la planificación del SF y sistematizar la comunicación a este colectivo. Está formado por farmacéuticos del SF, la Supervisora de Enfermería del SF y los responsables de enfermería de todas las UA del HGUGM.
- *Desplazamiento de farmacéuticos a las UA*: antes del *Plan de Mejora 400+*, el hospital materno-infantil del HGUGM ya contaba con farmacéuticos desplazados (desde el año 2005), que se ha traducido en una atención más directa y personalizada hacia los clientes internos y externos. Durante el *Plan de Mejora 400+* se han desplazado farmacéuticos al Servicio de Urgencias (2013) y está en desarrollo que se incorporen otros a otras UA.
- *Distribución de farmacéuticos por áreas de conocimiento*: a partir del año 2011, los farmacéuticos del SF se distribuyeron por especialidades o patologías, siendo referencia para las UA que se ocupan de las mismas y manteniendo contacto directo en el día a día con los profesionales. De esta forma se ha reforzado la comunicación, se han desarrollado más equipos de colaboración, etc. Esta iniciativa también surgió de los resultados de las encuestas a los clientes de las UA en 2010.

II. Empleados

- *Gestión operativa de áreas*: se establecen reuniones periódicas de los responsables de cada área y el personal asociado a las mismas (periodicidad semanal, quincenal o mensual según las características de su actividad) para analizar la organización y funcionamiento del área, estableciendo las mejoras necesarias.
- *Sistema de evaluación*: desarrollo de la encuesta de satisfacción del personal y de la encuesta de liderazgo.

I. Accionistas

- *Reuniones con los directivos del SERMAS*: de la Jefa de Servicio, junto con los componentes del CD, con los directivos SERMAS. Debido a la situación económica, se ha aumentado la frecuencia de seguimiento de los objetivos del PAS y los informes asociados con los responsables del SERMAS.
- *Reuniones con los directivos del HGUGM*: fijación de reuniones periódicas entre:
 - La Jefa de Servicio y la Dirección del HGUGM (Dirección Médica, Dirección Gerencia, Dirección de Gestión, etc.) para la definición y objetivos y resultados del SF
 - La Supervisora de Enfermería del SF y la Dirección de Enfermería del HGUGM para fijar y analizar objetivos de enfermería.

II. Aliados y proveedores

- *Fijación de reuniones con los aliados*: se establecieron reuniones periódicas entre la Jefa de Servicio, junto con coordinadores de área o jefes de proyecto, y los aliados para la definición y seguimiento de acuerdos de colaboración, a partir de 2012.
- *Encuestas satisfacción a aliados*: puesta en marcha de encuestas de satisfacción a aliados que comienzan a realizarse anualmente a partir de 2012.
- *Gestión de proveedores*: negociaciones sistemáticas de la responsable de compras con los proveedores clave (medicamentos), y puesta en marcha de encuestas de satisfacción a proveedores que comienzan a realizarse anualmente a partir de 2011. Además se ha mejorado la evaluación de proveedores realizada por el SF y su comunicación a los mismos.
- Fijación de reuniones periódicas entre las coordinadoras de las áreas correspondientes y otros proveedores (ej.: proveedores de medicamentos) en las que se negocia y se hace el seguimiento de los acuerdos alcanzados con los mismos.

III. Sociedad

- *Colaboración con la SEFH*: la Jefa de Servicio forma parte del Grupo 2020 (grupo de trabajo de la SEFH) que define las líneas estratégicas de la SEFH. Además, otros líderes y farmacéuticos del SF participan en grupos de trabajo de la SEFH.
- *Colaboración en foros del sector*: todos los responsables del SF colaboran y participan en diferentes foros del sector, en las visitas de otras organizaciones al SF, en la organización de jornadas de puertas abiertas y cursos del SF, en el desarrollo de proyectos de *benchmarking*, etc.
- *Colaboración con el Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón*: la Jefa de Servicio, la responsable de innovación e investigación y la responsable de ensayos clínicos colaboran con el Instituto, participando en la búsqueda de financiación de proyectos con diferentes organizaciones y realizan un seguimiento de los mismos.
- *Encuestas de impacto social*: la responsable de calidad y los responsables de las áreas correspondientes organizan las encuestas de impacto social a las organizaciones con las que se colabora.

4.3.2.2.7. Planificación estratégica del SF y despliegue a Plan Anual

Durante el *Plan de Mejora 400+*, se elaboró un Plan Estratégico para los años 2012-2015 (**Tabla 49**), fruto de toda la información generada en las herramientas definidas en los apartados anteriores.

El Plan Estratégico plurianual se despliega a planes anuales estructurados por procesos clave y proyectos con objetivos alineados con los objetivos del HGUGM y del SERMAS. A partir del año 2012, además, se incluyeron en el Plan Anual aquellos objetivos del SF orientados explícitamente a la satisfacción de clientes y al desarrollo y mejora del sistema de calidad (sistema ISO 9001:2000), que anteriormente se estructuraban de forma independiente en el Plan de Calidad del SF. El Plan Anual se revisa y actualiza anualmente en función de la información de GI, entorno y resultados del año anterior, estructura estratégica, Voces y estrategias, así como el cierre del Plan Anual anterior con su nivel de cumplimiento y objetivos alcanzados. En la **Tabla 50**, se presenta, a modo de ejemplo, el Plan Anual 2012 referente al objetivo Satisfacción clientes y usuarios.

El seguimiento del Plan Anual se realiza sistemáticamente a través de las reuniones de gestión operativa de las áreas y de las reuniones del CD en las que reportan las áreas, así como un seguimiento periódico con los responsables del HGUGM. El seguimiento permite establecer las

acciones correctoras pertinentes. Al finalizar el año, se realiza la evaluación de resultados y cumplimiento, información clave para la elaboración del siguiente plan.

Tabla 49. Plan Estratégico 2012-2015 del SF

FARMACOTERAPIA EFECTIVA SEGURA Y EFICIENTE	Potenciación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica en su función orientadora del uso del medicamento (eficaz, seguro y eficiente) en el Hospital: <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del sistema de seguimiento y control de resultados derivados de la aplicación de protocolos al uso del medicamento. - Consolidación de la implicación y participación de los servicios en proyectos y equipos para la mejora de la eficacia, la seguridad y la eficiencia en el uso del medicamento. - Inicio del desarrollo de la orientación de uso de productos sanitarios relacionados con la farmacoterapia.
	Aplicación del conocimiento en sistemas información para agilizar y dar eficiencia a los procesos de prescripción, validación y administración.
	Desarrollo de la dispensación de "medicamentos listos para su uso", mediante la potenciación de la preparación y acondicionamiento centralizado de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la cartera de medicamentos preparados en el Servicio de Farmacia para la mejora de la seguridad, la eficacia y la eficiencia de los mismos. - Mejora de los procesos de preparación y acondicionamiento que permitan más calidad y seguridad en el medicamento preparado.
	Optimización de la eficiencia en el uso del medicamento en las patologías de alto coste (oncología, antiinfecciosos, terapias biológicas) en base a protocolizaciones y acciones de apoyo para la mejora de la indicación y del uso de dichos medicamentos en el Hospital.
	Optimización de la seguridad en el uso del medicamento en las patologías/pacientes de alto riesgo.
	Consolidar una posición de liderazgo del Servicio de Farmacogenética entre los servicios del hospital: <ul style="list-style-type: none"> - Difusión entre los servicios del hospital de la capacidad de apoyo en los tratamientos a los pacientes. - Reforzar el conocimiento y tecnología del Servicio de Farmacogenética para abordar nuevos medicamentos / patología.
SATISFACCIÓN CLIENTES Y USUARIOS	Desarrollo de la "Orientación al Cliente Hospital": <ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la comunicación, relación y colaboración. - Mejora del conocimiento de necesidades y expectativas. - Mejora de nuestros servicios en función de necesidades y expectativas. - Mejora de los sistemas.
	Reorganización del sistema asistencial de pacientes no ingresados: <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar la capacidad para atender, sin perder calidad percibida, el aumento de patologías y clientes (pacientes externos y ambulatorios). - Desarrollo de la responsabilidad de monitorización de la prescripción de medicamentos en consultas externas hospitalarias. - Potenciación de la continuidad asistencial con atención primaria. - Desarrollo de la continuidad asistencial con los centros sociosanitarios relacionados con el Hospital.
NIVEL CIENTÍFICO - TÉCNICO	Potenciación de iPharma como motor de desarrollo de la innovación y la investigación, orientada a la aplicabilidad de sus resultados en la consecución de los objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de las últimas tecnologías disponibles en la automatización de todos los procesos clave del Servicio de Farmacia, especialmente en los procesos de preparación y administración de los medicamentos. - Maximización de la financiación para la innovación y la investigación aprovechando la

		posición de referencia del Servicio de Farmacia. > Desarrollo de proyectos mediante alianzas con los servicios asistenciales del Hospital. > Desarrollo de proyectos mediante alianzas multihospital con el liderazgo del Servicio de Farmacia. > Desarrollo de proyectos mediante alianzas con la industria del sector. > Desarrollo de labores de consultoría para otras organizaciones que extiendan la aplicabilidad de nuestro conocimiento.
	REFERENCIA SECTOR SANITARIO	Desarrollar un plan de marketing proactivo que permita conocer el Servicio de Farmacia en todo su entorno sanitario.
	IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS	Desplegar las políticas de integración en el Servicio de Farmacia al personal no farmacéutico: - Mejora del sistema de comunicación interna para estos colectivos. - Mejora de la participación de estos colectivos en la gestión y los equipos de proyecto y mejora del Servicio de Farmacia. - Sistema de desarrollo profesional para adaptación al puesto mediante: > Mejora competencial sobre las actividades de los distintos puestos de trabajo. > Inclusión progresiva de técnicos auxiliares de farmacia.
	EXCELENCIA EN LA GESTIÓN	Potenciación del modelo de gestión del Servicio de Farmacia conforme a la gestión de la excelencia.

Tabla 50. Plan Anual 2012 del SF. Objetivo "Satisfacción clientes y usuarios".

ESTRATEGIAS	PROCESO	OBJETIVO / LINEA ACCIÓN	RESPONSABLE	BASAL 2011	INDICADOR	OBJETIVO 2012	PERIODICIDAD
Desarrollo "Orientación al Cliente Hospital" - Mejora comunicación, relación y colaboración - Mejora conocimiento de necesidades y expectativas - Mejora de nuestros servicios en función de necesidades y expectativas - Mejora de los sistemas	Atención al cliente	Consolidar el grupo PRODI	AH	No	Valoración de utilidad de los participantes	Si	Anual
	Evaluación satisfacción cliente	Desarrollar y realizar la encuesta personal enfermería (colaboración grupo PRODI)	CS/LC/RF	No	Encuesta ok y realizada	Si	Anual
	Evaluación satisfacción cliente	Desarrollar y realizar la encuesta de personal facultativo	ED/CS	No	Encuesta ok y realizada	Si	Anual
Reorganización sistema asistencial de pacientes no ingresados: - Ampliar la capacidad para atender, sin perder calidad percibida, el aumento de patologías y clientes (pacientes externos y ambulatorios) - Desarrollo de la responsabilidad de monitorización de la prescripción de medicamentos en consultas externas hospitalarias - Potenciación de la continuidad asistencial con atención primaria. - Desarrollo de la continuidad asistencial con los centros sociosanitarios relacionados con el hospital.	Estructura organizativa	Definición de funciones y responsabilidades de farmacéuticos por líneas de conocimiento	MS	No	Valoración de utilidad, adecuación y comunicación por implicados	Si	Anual
	Instalaciones y equipos	Definición/preparación instalaciones y equipos de servicio de dispensación PE	AH	No	Ok en prueba funcionamiento	Si	Anual
	Asistencia a la prescripción (PE)	Desarrollo del servicio atención farmacéutica a PE – EII.	EL	No	1. Nº pac. atendidos inicios y cambios 2. % pac. atendidos / pac. tratados	10-30% pacientes	Semestral
	Asistencia a la prescripción (PE)	Desarrollo del servicio de atención farmacéutica a PE – EM.	MM	No	1. Nº pac. atendidos inicios y cambios 2. % pac. atendidos / pac. tratados	10-30% pacientes	Semestral
	Asistencia a la prescripción (PE)	Desarrollo del servicio de atención farmacéutica a PE HepC – IP.	AG	No	1. Nº pac. atendidos inicios y cambios 2. % pac. atendidos / pac. tratados	10-30% pacientes	Semestral
	Asistencia a la prescripción (PE)	Desarrollo del servicio de atención farmacéutica a PE – HepB.	AG	No	1. Nº pac. atendidos inicios y cambios 2. % pac. atendidos /pac. tratados	10-30% pacientes	Semestral
	Asistencia a la prescripción/dispensación hospitalaria	Prescripción electrónica en HDD Hematología y HDD terapias biológicas	MM	No	Implantación de la prescripción electrónica en estas unidades	Si	Anual
	Asistencia a la prescripción/dispensación hospitalaria	Automatización dispensación en HDD Hematología y HDD terapias biológicas	MM	No	Dispensación automatizada en estas unidades	Si	Anual

EM: esclerosis múltiple; EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; HepB: Hepatitis B; HepC – IP: Hepatitis C en tratamiento con inhibidores de la proteasa; HDD: hospital de día; PE: Pacientes externos

4.3.2.3. Criterio 3: Personas

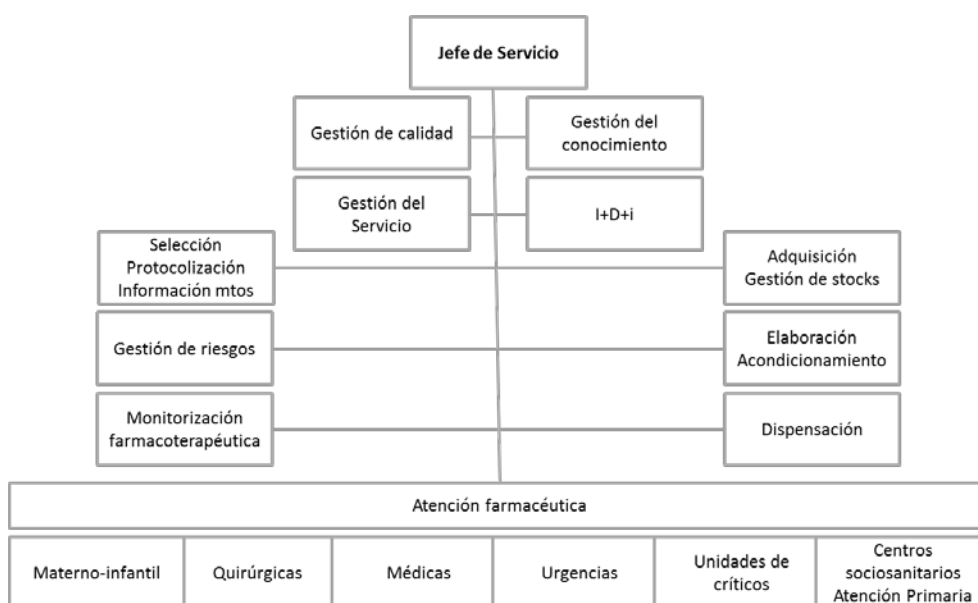
4.3.2.3.1. Actualización del organigrama del servicio

Durante el *Plan de Mejora 400+*, se ha actualizado la política de los recursos humanos del SF a través de una nueva estructura organizativa que implica la responsabilidad de los procesos y se gestiona a través del reparto de responsabilidades por áreas operativas y de apoyo, tal y como figura en el organigrama del SF, que ha sido actualizado acorde con el nuevo mapa de procesos definido (Ver *Criterio Procesos*, 4.3.2.5.1)

Además de los cambios sobre la configuración del organigrama o el perfil de los líderes, el SF se encuentra inmerso en un cambio de enfoque en el establecimiento de responsabilidades de apoyo a las UA (información, prescripción, validación, etc.) orientado por patologías, estableciendo un farmacéutico referente para cada patología.

La nueva estructura organizativa permitió el desarrollo de un organigrama muy plano que implica una importante diversificación de responsabilidades y una alta implicación del personal farmacéutico en el desarrollo de políticas, estrategias y planes del SF: coordinadores de área, coordinadores de docencia, coordinadores de investigación, coordinador de comunicación externa e imagen, responsables de procesos, responsables de calidad y medioambiente, responsable de proyectos de investigación / innovación. Se representa el nuevo organigrama en la **Figura 17**.

Figura 17. Organigrama del SF: fase Plan de Mejora 400+.



4.3.2.3.2. Actualización del liderazgo sobre el personal del SF: gestión de personas

A partir de la información de oportunidades de mejora extraída de la formación de los líderes, la asistencia de expertos externos en gestión de personas y las evaluaciones EFQM internas y externas, durante el *Plan de Mejora 400+*, se han desarrollado por parte de los líderes diferentes políticas relacionadas con la gestión del personal:

I. Participación y *empowerment*

- *Reordenación funcional*: se estableció una organización funcional del personal farmacéutico por área de conocimiento, asignando a cada farmacéutico un área de responsabilidad por patologías, asumiendo las responsabilidades técnicas y de servicio a UA y pacientes asociados a las mismas. Es decir, el mismo paciente es atendido por el mismo farmacéutico independientemente de su ámbito asistencial (ingresado, ambulatorio o externo). La asistencia sanitaria proporcionada por el farmacéutico asume las siguientes responsabilidades.
 - Validación del tratamiento de los pacientes ingresados de las UA asignadas, así como actividades de atención farmacéutica concretas.
 - Soporte logístico del proceso de dispensación de la medicación prescrita.
 - Asesoramiento e información a los profesionales médicos y de enfermería para la correcta prescripción y administración de los medicamentos.
 - Colaboración con el equipo multidisciplinar para la protocolización farmacoterapéutica y elaboración de informes para la CFT.
 - Dispensación e información a los pacientes externos de su área de conocimiento.
 - Colaboración en la gestión económica de los medicamentos utilizados y patologías atendidas en su área de conocimiento
- *Gestión operativa de áreas*: las sesiones de área llevadas a cabo se reestructuraron mediante el establecimiento de reuniones periódicas en cada área del SF, lideradas por el responsable de la misma y con la colaboración de todo el personal implicado en el proceso, con el objetivo de realizar un análisis del funcionamiento de la misma.

II. Formación y Desarrollo Profesional

- *Plan de formación*: el CD ha reestructurado el plan de formación del SF y destina fondos a la realización de formación de alto nivel del personal.

- *Asistencia a foros, congresos, etc.:* se seleccionaron los foros con mayor relevancia e interés para la formación de personal y se asignó la asistencia de personas específicas a cada uno de ellos en función de sus necesidades de aprendizaje, subvencionado económicamente por el SF. En este entorno, el personal del SF también comparte el conocimiento y las diferentes prácticas de su sistema de gestión.
- *Gestión del conocimiento:* el CD ha estructurado un sistema de gestión bibliográfica a disposición del personal, además de un sistema de sesiones de servicio semanales en las que, con un plan programado, se comentan y exponen estudios, ponencias, novedades y proyectos técnicos por parte de diferentes personas del SF.

III. Reconocimiento, Motivación y Comunicación

- *Reconocimiento y motivación:* la Jefa de Servicio transmite de forma pública en las sesiones de servicio los premios y reconocimientos al SF o a algunos de sus componentes; el CD financia a personas concretas, como reconocimiento a su aportación e implicación, la asistencia a congresos; el CD establece una sistemática de reparto del 50% de los fondos obtenidos por premios a las personas que participan en los proyectos premiados; el CD asigna la preparación de sesiones de servicio o la preparación de ponencias en foros relevantes del sector como reconocimiento a trabajos y estudios realizados por personas concretas.
- *Información y comunicación:* el CD lidera el desarrollo de sistemas de información que permiten a las personas disponer de la información necesaria para su trabajo; el CD establece la comunicación de MVV, planes y objetivos al personal del SF; el CD ha estructurado la gestión y la formación / desarrollo profesional mediante sistemas participativos que permiten una transmisión fluida de la comunicación vertical y horizontal (CD, gestión operativa, sesiones de servicio y de área, etc.).

4.3.2.3.3. Plan de desarrollo individual personal y profesional

Durante el *Plan de Mejora 400+*, se ha puesto en marcha un Plan de desarrollo individual, basado en: la valoración del perfil profesional, la valoración del perfil personal y la definición de retos personales. El resultado fue el establecimiento de determinadas líneas de actuación basadas en la práctica profesional, la motivación y la formación, a nivel personal de cada empleado.

De esta forma se hizo posible alinear, revisar y actualizar los objetivos individuales con los planes y objetivos del SF, aunque únicamente se puso en marcha para el personal farmacéutico del SF.

4.3.2.4. Criterio 4: Alianzas y Recursos

4.3.2.4.1. Identificación de los recursos y activos principales

Se presentan en la **Tabla 51** los principales recursos del SF, información que se actualizó durante el *Plan de Mejora 400+*, aunque ésta no se identificara como área de mejora. Gran parte de los recursos indicados son fruto de las alianzas por el SF.

Tabla 51. Recursos y activos principales del SF: fase Plan de Mejora 400+.

Ámbito	Recursos y activos principales
Asistencia en la prescripción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de prescripción electrónica extendido a la mayor parte del Hospital con asistencia de sistemas de información inteligentes de apoyo y consulta.
Elaboración y acondicionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferentes laboratorios, salas y equipos con condiciones especiales y sus sistemas de control: en limpieza, en presión y en temperatura. ▪ Sistemas de bombas de infusión inteligentes para la preparación de medicamentos. ▪ Robots de preparación de mezclas intravenosas. ▪ Sistemas informáticos de apoyo a la elaboración: <i>Nutriservice</i>, <i>Multicomp</i>, <i>Farhos Oncología</i> y <i>Ctisform</i> ▪ Sistemas de control de temperaturas y de trazabilidad por radiofrecuencia.
Dispensación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de dispensación automática en el Servicio y en las Unidades Asistenciales: <i>Kardex</i> (preparación de pedidos), conectado con sistema <i>Pyxis</i> (dispensadores automáticos de las Unidades Asistenciales). ▪ Sistema <i>Farhos Prescriplant</i> para pacientes hospitalizados, que gobierna la dispensación a las Unidades Asistenciales coordinando la prescripción y validación electrónicas con los sistemas de <i>Kardex</i> y <i>Pyxis</i> y en conexión con el sistema Mercurio para la gestión de almacenes del Servicio de Farmacia. ▪ Sistema <i>Farhos Prescriplant</i> para pacientes externos, que controla la dispensación a pacientes externos, conectado a sistema <i>Rowa</i> con 7 puntos de dispensación y un punto de autodispensación para los propios pacientes.
Gestión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema <i>Farhos Gestión</i> que permite el registro de la actividad del Servicio de Farmacia y el control económico del mismo.

Cabe destacar, durante el *Plan de Mejora 400+*, la implantación de un nuevo modelo de atención farmacéutica en la unidad de PE del SF, que comprendió, entre otras cosas, la robotización de su almacén, el aumento de puntos de dispensación de medicación al PE y la inclusión de un punto de autodispensación (Ver apartado 4.3.2.4.5)

4.3.2.4.2. Orientación de las alianzas y recursos a la nueva estructura estratégica

Las actuaciones en la gestión de alianzas y recursos por parte del SF están plenamente orientadas al logro de sus objetivos, tal y como se pone de manifiesto en la **Tabla 52**, en la que

se relacionan las alianzas y recursos con los objetivos fundamentales del SF establecidos en la nueva estructura estratégica del SF, garantizando el enfoque común en la gestión.

Tabla 52. *Objetivos fundamentales apoyados por las alianzas y recursos: fase Plan de Mejora 400+.*

Gestión de alianzas y recursos	Objetivos fundamentales
Gestión de alianzas externas	
Gestión de alianzas: aliados tecnológicos, aliados en docencia, aliados para la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento. Desarrollo del nivel científico-técnico. Ser referencia en el sector sanitario.
Gestión de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento.
Gestión de los recursos económico-financieros	
Gestión económica del presupuesto del gasto farmacéutico del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento. Ser referencia en el sector sanitario.
Gestión de los edificios, equipos y materiales	
Materiales: compras y aprovisionamientos	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento.
Mantenimiento y seguridad de instalaciones y equipos	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento.
Gestión de la Tecnología	
Innovación farmacoterapéutica Innovación tecnológica-equipamiento Innovación sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento. Desarrollo del nivel científico-técnico. Ser referencia en el sector sanitario. Satisfacción clientes y usuarios.
Innovación en servicios	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento. Desarrollo del nivel científico-técnico. Ser referencia en el sector sanitario. Satisfacción clientes y usuarios.
Gestión de la información y el conocimiento	
Sistemas de información clave del Servicio de Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso del medicamento. Desarrollo del nivel científico-técnico. Satisfacción clientes y usuarios.

4.3.2.4.3. Revisión y actualización de la gestión de alianzas

Durante el *Plan de Mejora 400+* (2012), se ha revisado y actualizado el proceso de gestión de las alianzas: se ha formalizado el proceso con una mejor estructuración de acuerdos, seguimientos y evaluaciones en todas sus fases, tal y como se presenta en la **Tabla 53**.

Tabla 53. Procedimiento para la gestión de las alianzas externas: fase Plan de Mejora 400+.

Actividad	Descripción / Procedimiento
IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE ALIANZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Necesidades propias:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Los líderes revisan las estrategias, planes, procesos y proyectos del SF anualmente e identifican aquellos proyectos/objetivos que requieren colaboraciones o que tendrían mayor posibilidad de éxito o de viabilidad en colaboración con otros. - Los criterios a utilizar para identificar la conveniencia de alianzas son los requisitos asociados a los mismos: económicos, de conocimientos, técnicas / tecnologías a emplear, organización y equipamientos para su desarrollo. ▪ <i>Necesidades externas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando alguna organización externa se dirige al Servicio de Farmacia proponiendo una colaboración, se analizan las posibilidades de obtención de beneficios para las estrategias, planes, procesos o proyectos del mismo.
EVALUACIÓN DE POSIBLES ALIANZAS Y ALIADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ante una necesidad u oportunidad de alianza, el Servicio de Farmacia: <ul style="list-style-type: none"> - Analiza y define los objetivos propios de la alianza. - Analiza los posibles aliados que serían de utilidad en dicha alianza. - Analiza las características de los posibles aliados y su alineamiento con los valores y cultura propios. - Analiza con los posibles aliados la posibilidad de establecer acuerdos marco y/o de proyectos de colaboración con beneficio mutuo. ▪ Para cada necesidad/oportunidad de alianza, el Comité de Dirección establece un responsable para el análisis y en función de la información aportada decidirá las alianzas a desarrollar.
ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS DE COLABORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A partir de una decisión positiva de alianza es necesario que se establezca: <ul style="list-style-type: none"> - Para acuerdos marco (acuerdos de alianza para el desarrollo de objetivos conjuntos generales de largo alcance a conseguir mediante diferentes proyectos y actuaciones): <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos a obtener por ambas partes. - Reparto general de aportaciones a la colaboración. - Reparto general de funciones y responsabilidades. - Características de funcionamiento de la alianza. - Para acuerdos sobre proyectos de colaboración específicos con objetivos conjuntos concretos asociados a un único proyecto (estos proyectos pueden formar parte de acuerdos marco ya establecidos con los aliados): <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos específicos de la colaboración. - Organización del proyecto. - Recursos a aportar por ambas partes. - Funciones y responsabilidades en el proyecto. - Características del seguimiento, evaluación y mejora del proyecto y la colaboración. ▪ Una vez que las negociaciones lo permitan se firmarán los acuerdos establecidos. ▪ El Servicio de Farmacia elaborará la ficha de alianza correspondiente.
DESARROLLO DE PROYECTOS DE LA ALIANZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez se inicie un proyecto, el responsable del Servicio de Farmacia designado desarrollará y gestionará las actividades que asume el propio Servicio y coordinará con el responsable de la organización aliada la colaboración entre ambas organizaciones. ▪ Plan de comunicación: se comunicará internamente a los implicados en la colaboración los objetivos, responsabilidades y actividades a realizar, los plazos de los mismos, así como el resultado del seguimiento de la misma y las acciones correctoras definidas.
SEGUIMIENTOS PROYECTOS ALIANZAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El responsable de cada proyecto de colaboración programará internamente un seguimiento periódico o por hitos (según el proyecto) de las actividades propias, de forma que asegure la buena marcha interna del proceso (acciones correctoras a las desviaciones de proyecto). ▪ El responsable de cada proyecto de colaboración programará reuniones con los responsables de la organización aliada, para el seguimiento y toma de decisiones. ▪ Los resultados del seguimiento se incluirán en la ficha de alianza relativa a proyectos específicos.

<p>REVISIÓN DE LAS ALIANZAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Comité de Dirección del Servicio de Farmacia y el responsable de cada alianza revisarán: <ul style="list-style-type: none"> - La adecuación de cada proyecto de colaboración a la finalización del mismo (cumplimiento de objetivos, cumplimiento de aportaciones y de responsabilidades, cumplimiento de los planes de proyecto y adecuación de relaciones entre el SF y el aliado) y, en función del resultado, establecerán la conveniencia de mantener la alianza, redefinir los acuerdos de colaboración o extinguir la alianza. - La adecuación de los acuerdos marco anualmente (cumplimiento de objetivos, cumplimiento de aportaciones y de responsabilidades, proyectos de colaboración incluidos en el acuerdo marco, adecuación de las relaciones SF – aliado) y, en función del resultado, establecerán la conveniencia de mantener el acuerdo, redefinirlo/mejorarlo o extinguir el acuerdo. ▪ Las conclusiones derivadas de estos análisis se contrastarán siempre en una reunión con los responsables de la organización aliada, en la que se pactarán las actuaciones a futuro.
--	---

4.3.2.4.4. Gestión de proveedores: encuestas a proveedores

Entre los aliados del SF identificados, destacan los proveedores del SF: proveedores técnicos y tecnológicos con los que se desarrollan proyectos de innovación e investigación y proveedores de medicamentos y productos sanitarios. El SF disponía de un sistema de gestión de proveedores estructurado bajo la certificación ISO 9001 que incluía el proceso de evaluación de proveedores. Durante el *Plan de Mejora 400+*, para establecer relaciones recíprocas con los mismos, el SF estableció la encuesta a proveedores.

Ésta se puso en marcha en 2011, y permite analizar la valoración de los mismos con respecto a aspectos clave definidos: cumplimiento de compromisos, información y comunicación sobre decisiones de compra, adecuación de acuerdos, accesibilidad y trato, etc.

4.3.2.4.5. Consolidación de la plataforma *iPharma*

La plataforma *iPharma* se ha consolidado durante el *Plan de Mejora 400+* ya que se le ha dotado de una estrategia propia, derivada de la estrategia general del SF. Se determinó a través de 3 objetivos:

1. Desarrollo de la producción de innovación
2. Transferencia y difusión de resultados
3. Desarrollo de recursos para la innovación.

En la **Tabla 54** se presentan las líneas de mejora en desarrollo gestionadas a través de la plataforma de *iPharma*. A partir de las mismas, se evidencian proyectos concretos de mejora de los procesos del SF fruto del trabajo conjunto con los aliados.

Tabla 54. Líneas de investigación de iPharma en desarrollo: fase Plan de Mejora 400+.

Línea iPharma	Proyectos	Colaboración
Atención farmacéutica y calidad en farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto de prescripción electrónica. <ul style="list-style-type: none"> -Prescripción electrónica en Oncohematología. -Prescripción electrónica en Pacientes Externos. -Receta informatizada al alta. 	Visual Limes Unidades Asistenciales
	<ul style="list-style-type: none"> Atención farmacéutica al paciente pediátrico. 	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Unidades Asistenciales
	<ul style="list-style-type: none"> Adecuación y eficiencia en la utilización de antifúngicos. 	Servicio Infecciosas
	<ul style="list-style-type: none"> Herramientas adecuación para la profilaxis tromboembólica en el Servicio de Urgencias. 	Servicio Cardiología
	<ul style="list-style-type: none"> Atención farmacéutica integral al paciente con esclerosis múltiple. 	Servicio Neurología
	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de soporte a la toma de decisiones clínica (apoyo mediante bases de datos técnicos para la prescripción y la validación); Herramienta Inteligente de Gestión de Efectos Adversos (Proyecto HIGEA). 	FIS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios Digestivo, Nefrología, Infecciosas
Innovación y seguridad en el proceso de utilización del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de trazabilidad. 	Hospital Clinic.
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis AMFE del proceso de utilización de citostáticos. 	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Celgene
	<ul style="list-style-type: none"> Herramientas automatizadas para el control de calidad de elaboración de citotóxicos. Robots de preparación de mezclas intravenosas. 	Grifols Health Robotics
	<ul style="list-style-type: none"> Reingeniería de la utilización de medicamentos en el Servicio de Urgencias. 	Grifols
	<ul style="list-style-type: none"> Bombas de infusión inteligentes. 	Hospira Carefusion
Innovación y seguridad en el proceso de utilización del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas automatizados de dispensación con carruseles (3 a temperatura ambiente y 1 refrigerado). 	Grifols
	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de dispensadores automáticos en las Unidades Asistenciales. 	Pyxis
	<ul style="list-style-type: none"> Automatización del almacenamiento y la dispensación a pacientes externos. 	Rowa
	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de autodispensación de medicación a pacientes Externos. 	Rowa
	<ul style="list-style-type: none"> Registro electrónico de la administración de medicamentos. 	Farhos
Innovación, desarrollo y competencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas de formación e-learning. 	Ambar
Farmacogenética, farmacogenómica y nanomedicina	<ul style="list-style-type: none"> Equipamiento y puesta a punto de técnicas. 	FIS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio Oncología

Destacan los siguientes proyectos de innovación que se han llevado a cabo durante el *Plan de Mejora 400+*.

1 *Automatización del almacenamiento y la dispensación de medicamentos en la Unidad de PE*, fruto de la implantación de un nuevo modelo de atención farmacéutica en la misma (2012-2013). Gracias a este proyecto de innovación se han producido las siguientes mejoras concretas:

- Reducción del valor contable de inventario.
- Reducción de la prevalencia de errores de dispensación a PE.
- Reducción del tiempo diario empleado en la gestión del inventario.
- Reducción del tiempo medio de espera de los pacientes.
- Mejora de la satisfacción global del PE con la atención recibida.

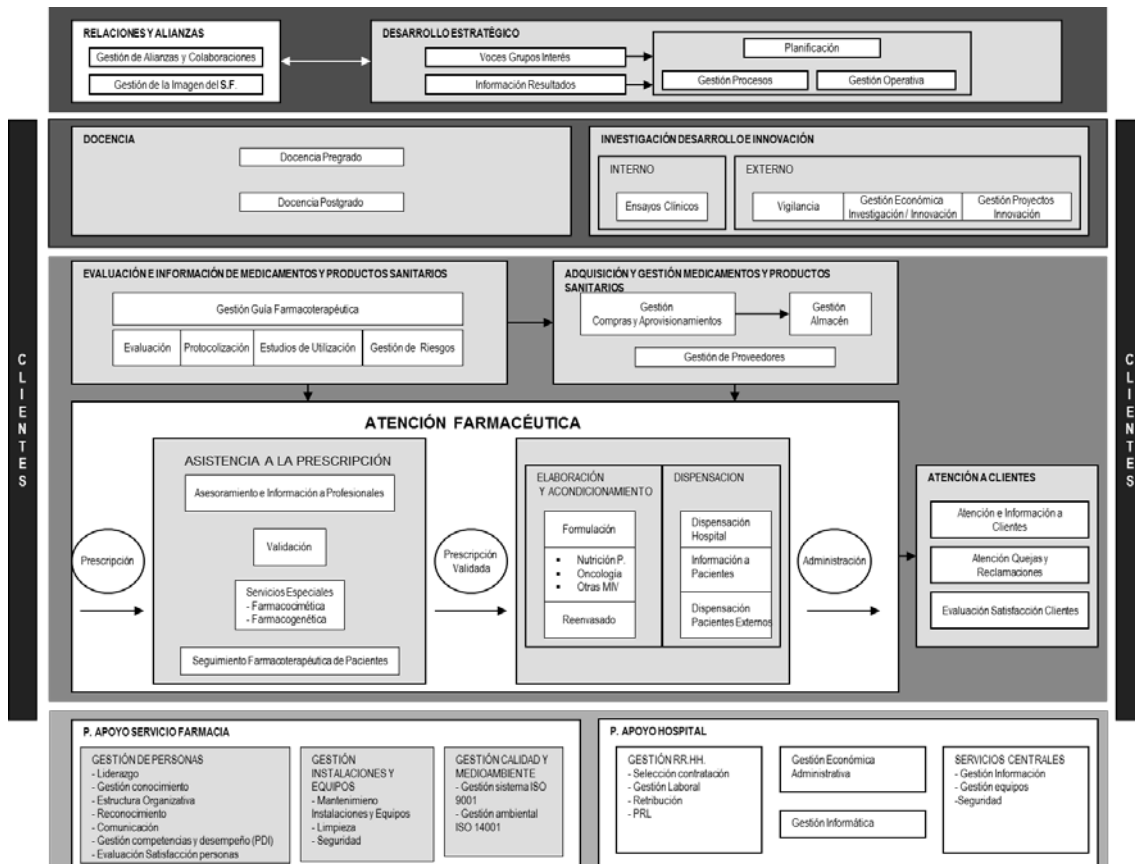
2 *Implantación de la tecnología de bombas de infusión inteligentes para la administración intravenosa de fármacos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (2009-2013)*. Gracias a este proyecto de innovación se han producido las siguientes mejoras concretas:

- Estandarización de todas las concentraciones de los fármacos por vía parenteral.
- Habilitación del programa de PE para poder prescribir utilizando mezclas estándares.
- Introducción de guías de administración y tablas de compatibilidad de fármacos.

4.3.2.5. Criterio 5: Procesos

4.3.2.5.1. Actualización del mapa de procesos

El SF del HGUGM tiene definido un mapa de procesos representativo de sus actividades desde 2005 que se actualizó durante el *Plan de Mejora 400+* (2012), lo que permitió una mejora en las interfases entre los procesos. Se representa en la **Figura 18**.

Figura 18. Mapa de procesos del SF: fase Plan de Mejora 400+.

4.3.2.5.2. Cadena de valor

Del mapa de procesos actualizado durante el *Plan de Mejora 400+*, deriva la cadena de valor del SF, que tiene dos partes diferenciadas pero coordinadas: la *asistencia técnica* para el uso del medicamento y la *cadena logística* desde su adquisición hasta su administración/dispensación al paciente. Estos dos macros están orientados a la mejora del uso del medicamento en el HGUGM y, por tanto, a la efectividad, seguridad y eficiencia del mismo de cara al tratamiento a los pacientes.

- I. *Asistencia técnica*: comienza con el macroproceso de evaluación e información de medicamentos y productos sanitarios, en el que se realizan diferentes procesos de estudio y protocolización del uso de medicamentos en el Hospital y se gestiona la GFT, donde se incluyen los medicamentos a utilizar (muchas de estas actividades se realizan en coordinación y trabajo en equipo con los clientes de las UA).

Además, se desarrolla un conjunto de actividades de asistencia a los facultativos del HGUGM en la prescripción de los tratamientos farmacológicos, que permiten ajustar dichos tratamientos y evitar errores en los mismos, y de apoyo al personal de enfermería

en sus actividades de preparación y administración del medicamento. Los procesos de este macroproceso tienen un alto contenido de sistemas de información expertos con un alto valor de innovación en el sector.

- II. *Cadena logística*: por otra parte, se desarrollan los macroprocesos ligados a la logística del medicamento, que también tienen alta influencia en la eficacia, seguridad y eficiencia del sistema. Estos procesos tienen un nivel tecnológico puntero en su sector, especialmente en la preparación de medicamentos complejos y en la logística de preparación de pedidos y dispensación.

Inicialmente se disponía de un servicio de compras de medicamentos y materias para la preparación de otros, con su gestión de almacenes y proveedores correspondientes. Posteriormente se desarrolló un macroproceso que permitía la preparación de medicamentos y el acondicionamiento de otros en función de la tipología de los mismos y de las características de la prescripción. Finalmente se desarrollaron los procesos de dispensación, bien a las UA del Hospital o bien directamente a los PE, según las condiciones de dosis establecidas en la prescripción.

Por último se dispone de actividades de atención al cliente en ámbitos de información y de atención de quejas y reclamaciones sobre los servicios prestados.

Toda esta cadena de valor está certificada según las normas ISO 9001 e ISO 14001 y tiene 3 tipos de influencia clara en el entorno del SF:

1. La aportación de *eficacia* a los tratamientos farmacológicos de los pacientes, lo cual redunda en la mejora de la salud de la población objeto de los servicios.
 - A través de la mejora del conocimiento de los facultativos que prescriben y del personal de enfermería que administra.
 - A través de la seguridad y mejora de la eficacia que proporcionan los sistemas de prescripción y validación, los servicios de farmacogenética y farmacocinética y los sistemas automatizados de preparación, acondicionamiento y dispensación.
2. La aportación de *eficiencia* del sistema sanitario público, donde el coste farmacéutico es uno de los capítulos más relevantes, lo que redunda en una capacidad de aportar más servicio, a un menor coste, a la población.
 - A través de la eficiencia en la compra del medicamento.
 - A través de la eficiencia en el uso del medicamento.

- A través, más residualmente, de la eficiencia del propio SF como unidad prestadora de servicios.

3. La generación de *impacto ambiental y riesgos* a la seguridad de los profesionales, que son minimizados por el sistema de gestión ambiental certificado por ISO 14001.

Además, fuera de la cadena de valor pura, las actividades de docencia y de innovación/investigación contribuyen de forma relevante a la difusión y al desarrollo del conocimiento en el sector.

4.3.2.5.3. Evaluación de procesos: encuestas a clientes internos

Durante los años 2010 y 2011, se estableció un periodo de reflexión en el que no se realizaron encuestas a clientes internos, con el objetivo de comprender mejor las necesidades de los mismos y los resultados obtenidos en las encuestas previas y, a partir de dicha información, establecer las mejoras necesarias para una mejor gestión con estos GI. Fruto de esta reflexión, se ha creado el Grupo PRODI y se ha realizado la reorganización funcional de los farmacéuticos.

Tras este periodo, a partir del año 2012, se han reanudado las encuestas de satisfacción a los clientes de las UA, con las siguientes mejoras establecidas en el proceso:

- Periodicidad anual para ambos grupos.
- Mejora en la utilización de la información obtenida a partir de los resultados de las mismas.
- Revisión del proceso de comunicación de los resultados de las encuestas y los planes de mejora derivados de ellos a los propios clientes: realización de un informe de resultados.

4.3.2.5.4. Tratamiento de la prevención de riesgos laborales a través de los procesos

La estructuración de los procesos del SF en el *Plan de Mejora 400+* tuvo en cuenta la salud laboral y la prevención de riesgos laborales a través de dos enfoques:

1. Medidas de prevención y seguridad laboral asociadas al tratamiento de residuos, contempladas en los procesos del sistema de gestión ambiental certificado por la Norma ISO 14001 y que regulan las actuaciones con material biopeligroso y material citotóxico y las protecciones del personal para su manipulación (gestión de residuos, limpieza, etc.)

2. Medidas de prevención y seguridad laboral asociadas a las actividades propias del SF, en los procesos de elaboración (medicamentos citotóxicos) o de dispensación a PE (material proveniente de PE, punzante y con riesgo biológico).
3. Compra de materiales de uso en los procesos analizando su impacto en la seguridad, como carros de transporte de residuos con protección, escaleras antideslizantes, etc.

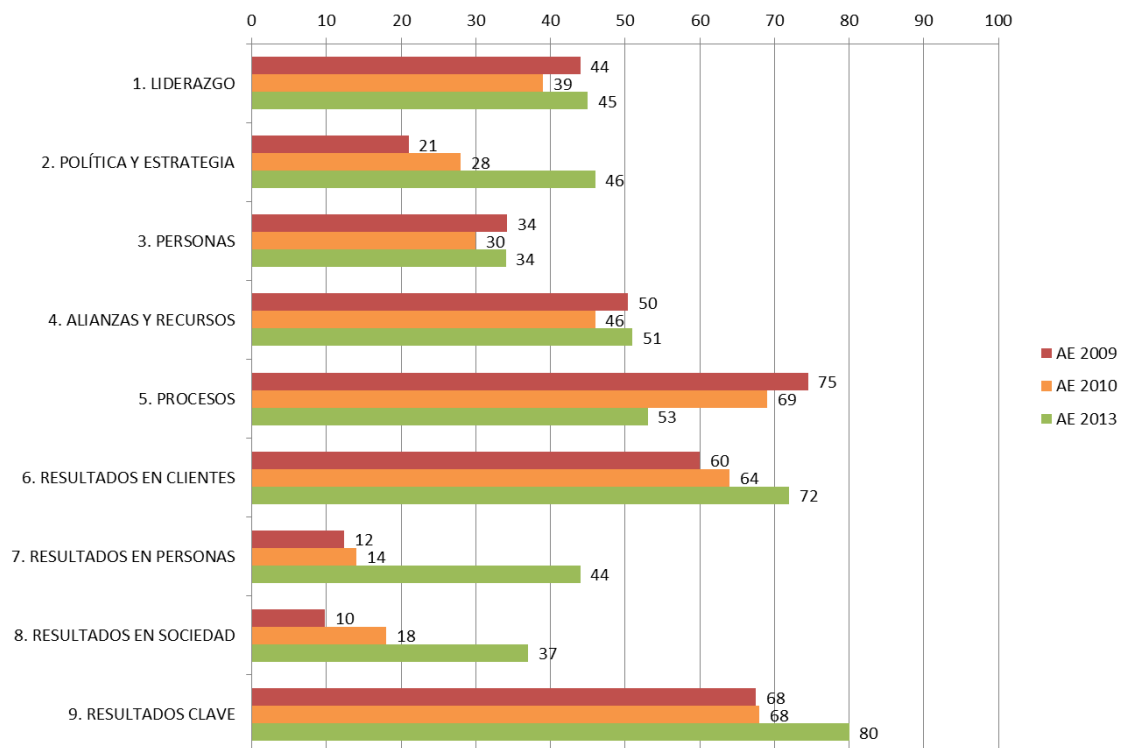
4.3.3. EVALUACIÓN *PLAN DE MEJORA 400+* (2013)

4.3.3.1. Autoevaluación del SGC 400+ (2013)

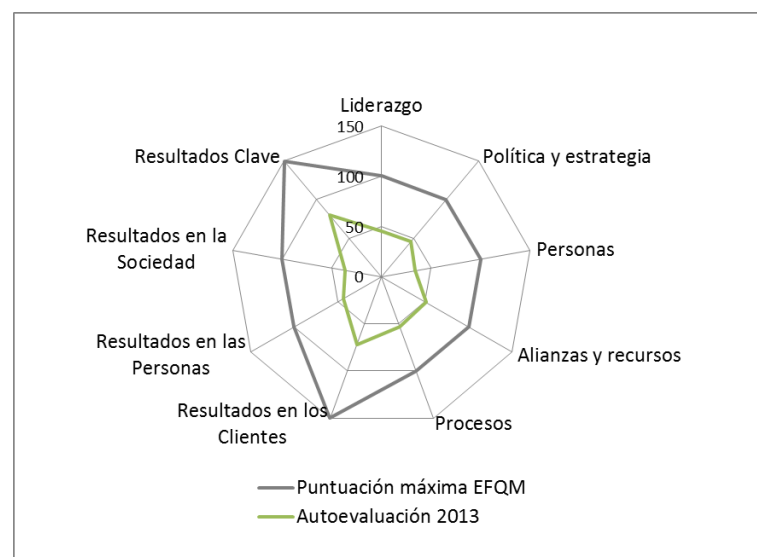
Para la nueva autoevaluación realizada en el año 2013, se llevaron a cabo las siguientes actividades específicas en las fechas concretas que se detallan a continuación:

- 15 abril 2013: *Composición del equipo evaluador*: se confeccionó un equipo más amplio que en anteriores evaluaciones para introducir más visión y participación del personal del SF, constituido por el CD y personal de apoyo, entre los que se encontraba personal de enfermería, auxiliares, personal de administración y residentes.
- 25 abril 2013: *Sensibilización y formación de evaluadores*: se establecieron cuatro equipos de evaluación diferenciados con equilibrio de conocimientos del SF.
- 4 junio 2013: *Reunión de consenso*: el consenso se realizó sobre la herramienta *Perfil* del validador por no haber sido posible la instalación de la aplicación en el SF.
- 18 junio 2013: *Presentación de resultados*.

El resultado de la autoevaluación fue de 462 puntos, lo que supone un 46% de la puntuación total EFQM, un 22,87% superior a la puntuación obtenida en la autoevaluación realizada en 2010 (376 puntos). En el **Gráfico 6**, se presentan las puntuaciones obtenidas desglosadas para cada criterio y la comparación con respecto a las puntuaciones obtenidas en las autoevaluaciones de 2009 y 2010.

Gráfico 6. Autoevaluaciones 2009, 2010 y 2013: puntuaciones obtenidas

En el **Gráfico 7**, se presenta la puntuación obtenida en la autoevaluación con respecto a la puntuación máxima EFQM por criterio.

Gráfico 7. Autoevaluación 2013: puntuación obtenida respecto a puntuación máxima EFQM.

Memoria 2013

Para la elaboración de la Memoria EFQM en el año 2013, se realizó una actualización de la primera versión, para cada criterio y subcriterio de los agentes facilitadores, en función de las novedades y mejoras implantadas durante la fase comprendida entre la redacción de ambas Memorias. Asimismo, se actualizaron todos los resultados de indicadores incluidos en los criterios resultado.

4.3.3.2. Evaluación externa del SGC 400+ (2013)

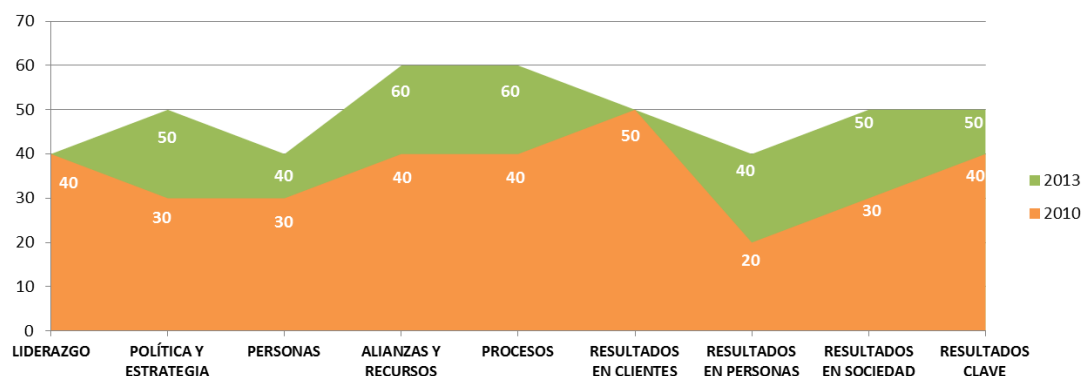
La segunda evaluación externa tuvo lugar durante el mes de julio del 2013, efectuándose la visita al SF durante el día 11 de dicho mes. Durante la visita se mantuvieron reuniones de grupo entre el equipo evaluador, el equipo directivo y los empleados del SF en las instalaciones visitadas.

El equipo evaluador puso de manifiesto nuevamente, al igual que en la evaluación externa realizada en diciembre 2010, el alto grado de cooperación del equipo directivo del SF y del resto de personal entrevistado.

Finalmente, el equipo evaluador, teniendo en cuenta los datos aportados en la Memoria y en la visita realizada a las instalaciones, y de acuerdo con los requisitos establecidos por el CEG para la concesión de los sellos de excelencia europea concedió el Sello de Excelencia Europea 400+ al SGC del SF del HGUGM.

La puntuación otorgada por el equipo evaluador externo se presenta en el **Gráfico 8**. Asimismo, se presenta la evolución de la puntuación con respecto a la autoevaluación realizada en el año 2010, en la que se observa que todos los criterios han obtenido un mayor rango de puntuación entre ambas evaluaciones, con la excepción de los criterios 1 y 6 (liderazgo y resultados en clientes), que se presentan en el mismo rango de puntuación

En el análisis por criterios, se encontraron las siguientes diferencias entre la autoevaluación y la evaluación externa: los criterios que presentaron el mismo rango de puntuación fueron los criterios 2, 3, 4 y 5; los criterios que presentaron menor puntuación en la evaluación externa que en la interna fueron los criterios 1 (de 41-50 a 31-40), 6 (de 71-80 a 41-50), 7 (de 41-50 a 31-40) y 9 (de 71-80 a 41-50). El único criterio que presentó mayor puntuación en la evaluación externa que en la interna volvió a ser el criterio 8 (de 31-40 a 41-50), tal y como sucedió en la autoevaluación/evaluación externa realizadas en 2010.

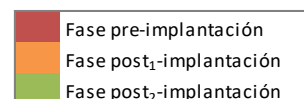
Gráfico 8. Evaluaciones externas 2010 y 2013: puntuación por criterios

El resumen de áreas de mejora del SF identificados en la evaluación externa se presenta en el apartado 4.3.5. *Implantación Plan de Mejora 500+*, en el que se realiza un análisis de las áreas de mejora implantadas/no implantadas durante el mismo.

4.3.4. ANÁLISIS POST₂-IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SERVICIO DE FARMACIA Y COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS PREVIOS

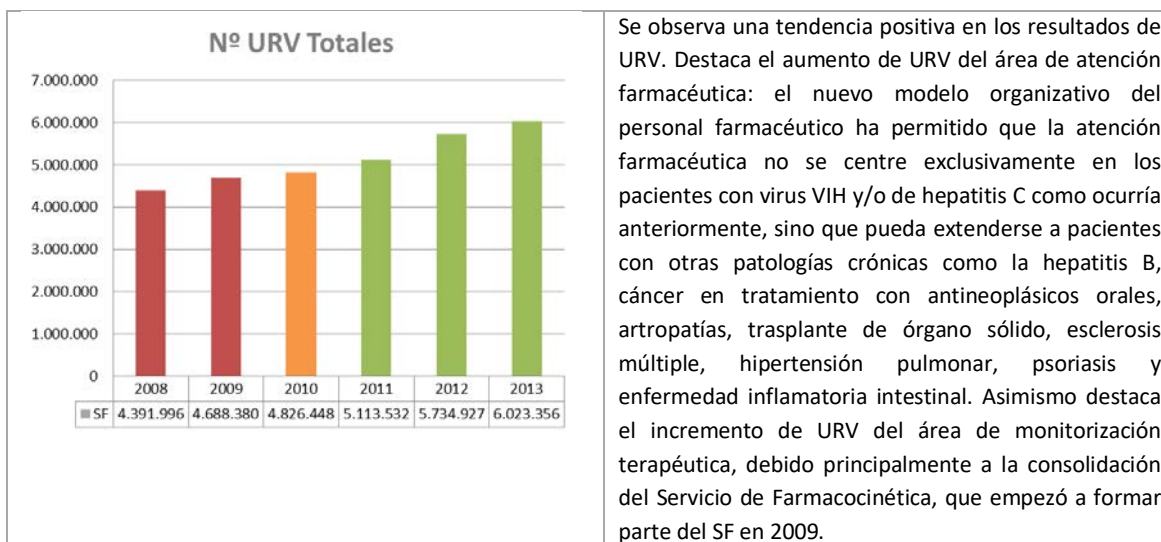
En la **Tabla 55** se presentan los resultados de los indicadores clave relacionados las diferentes dimensiones del SGC del SF tras la obtención del Sello de Excelencia 400+. Durante el *Plan de Mejora 400+*, se añadieron objetivos a la mayor parte de los indicadores establecidos, con el fin de llegar a umbrales óptimos y en función de los resultados anteriormente alcanzados.

Tabla 55. Resultados de indicadores clave: fase post₂-implantación del modelo EFQM (hasta 2013). Se presentan en color rojo, los resultados correspondientes a la fase pre; en color naranja, los resultados correspondientes a la fase post₁; en color verde, los resultados correspondientes a la fase post₂). Los resultados se expresan con * cuando presentan una $p<0,05$ frente a control (fase pre-implantación) y con # cuando presentan una $p<0,05$ frente a la fase inmediatamente anterior siempre que ésta no sea la fase control.

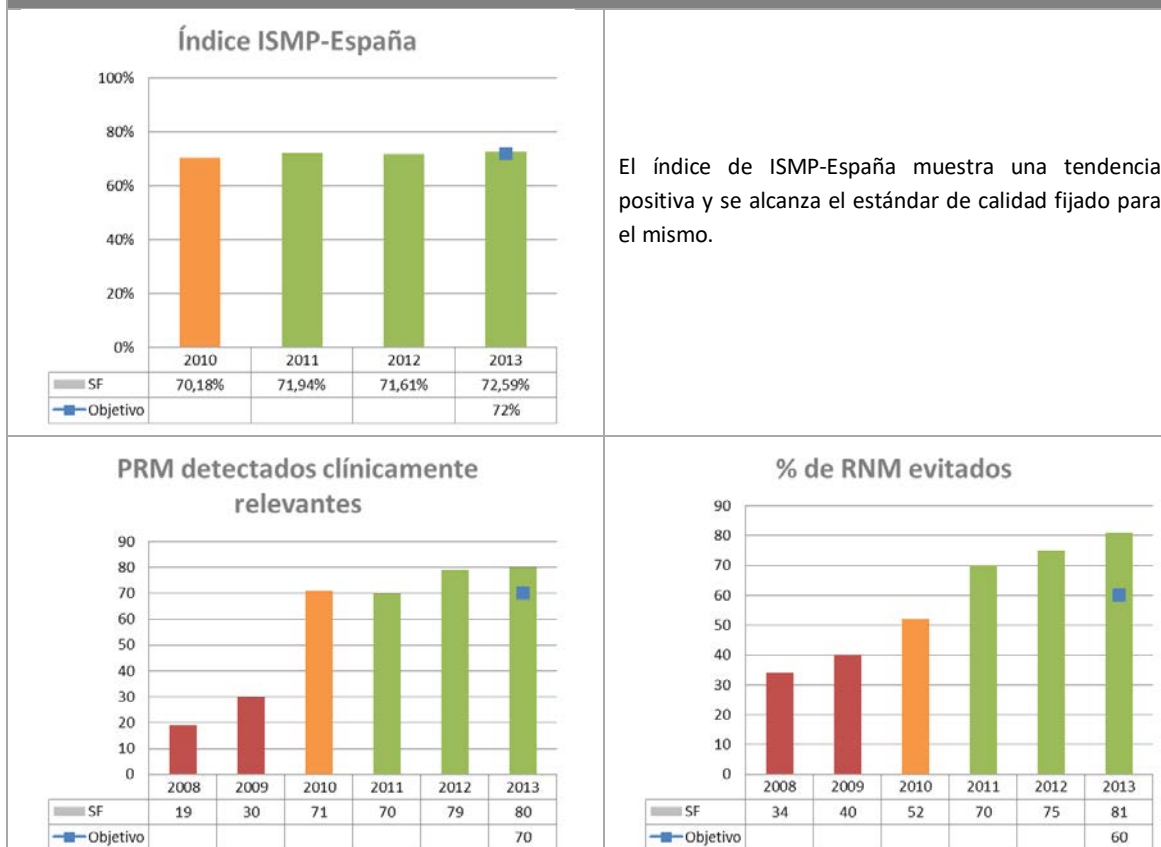


1. Gestión de la ACTIVIDAD

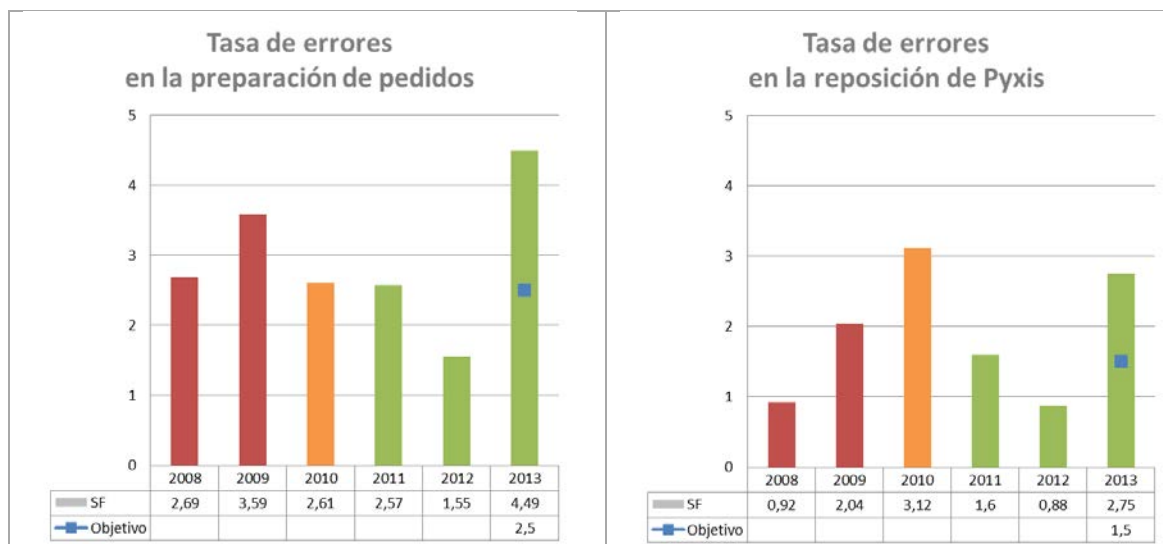




2. Gestión de la SEGURIDAD

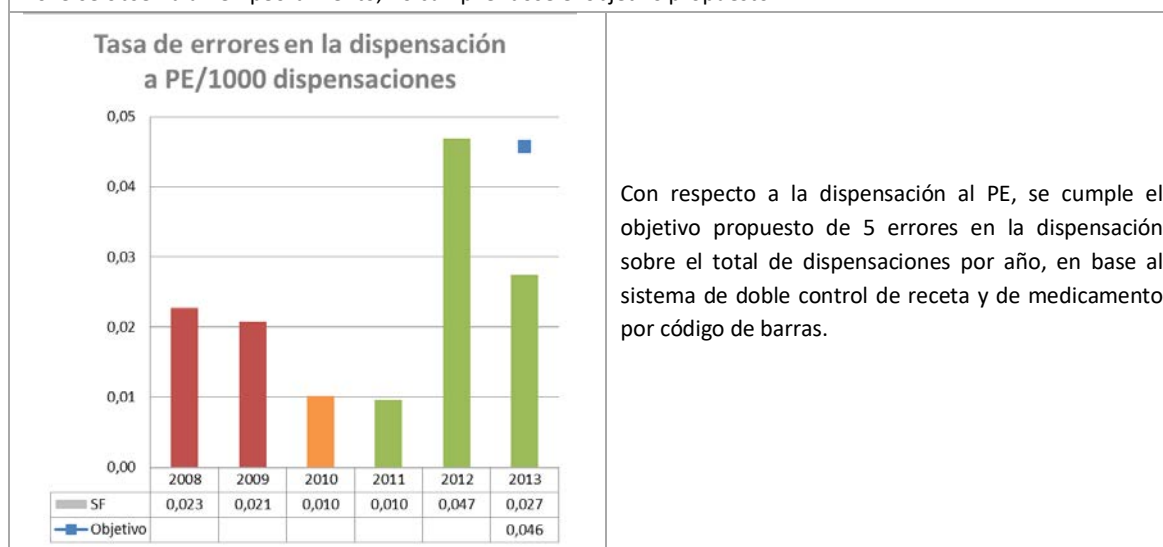


El nuevo modelo de gestión asigna mayores recursos de personal farmacéutico para el seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes y organiza el personal por área de conocimiento. Este cambio organizativo permite lograr un mayor impacto en la validación como muestra el incremento en el nº de PRM detectados clínicamente relevantes y el % de RNM evitados.

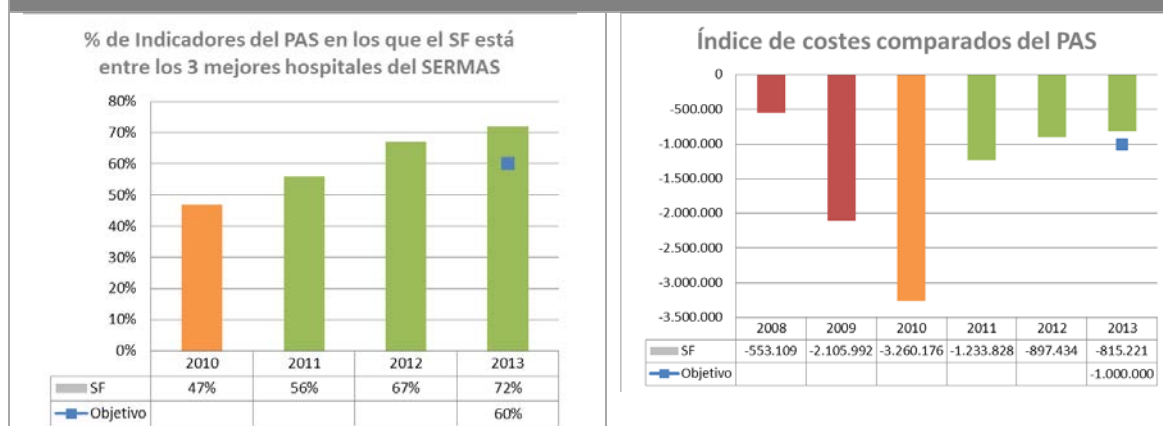


El SF ha realizado la incorporación al proceso de reposición de *Pyxis* de un control de calidad diario de 5 estaciones con feedback con la auxiliar responsable de la reposición y la entrega de trípticos informativos en el plan de acogida sobre la correcta reposición de las estaciones de las distintas UA. Debido a estas medidas se ha logrado reducir la tasa de errores que mostraba una tendencia creciente hasta 2010 y volver a situarse en un nivel excelente en 2012. En el año 2013, se ha observado un empeoramiento importante del indicador.

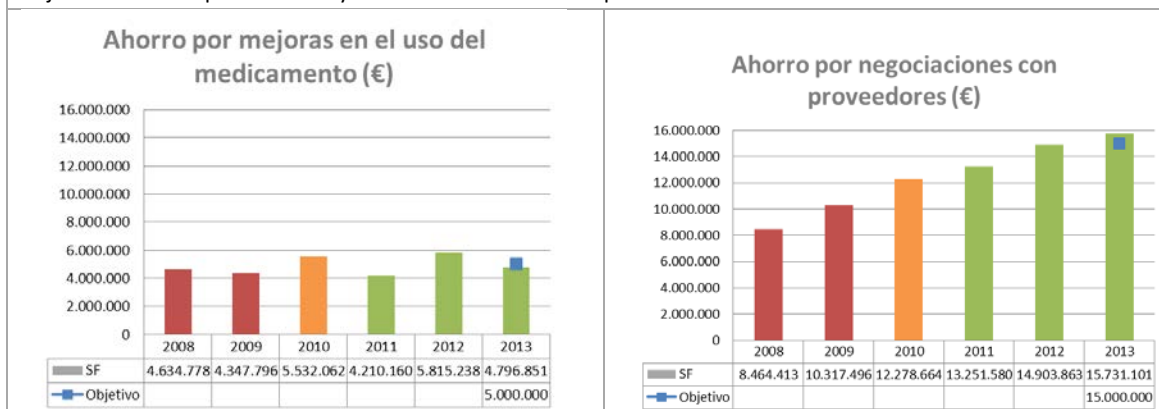
Una situación similar ocurre con el indicador de errores en la preparación de pedidos, se observaba una tendencia de descenso en la tasa de error gracias a la formación específica al personal auxiliar sobre este proceso y en el año 2013 se observa un empeoramiento, no cumpliéndose el objetivo propuesto.



3. Gestión de la EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

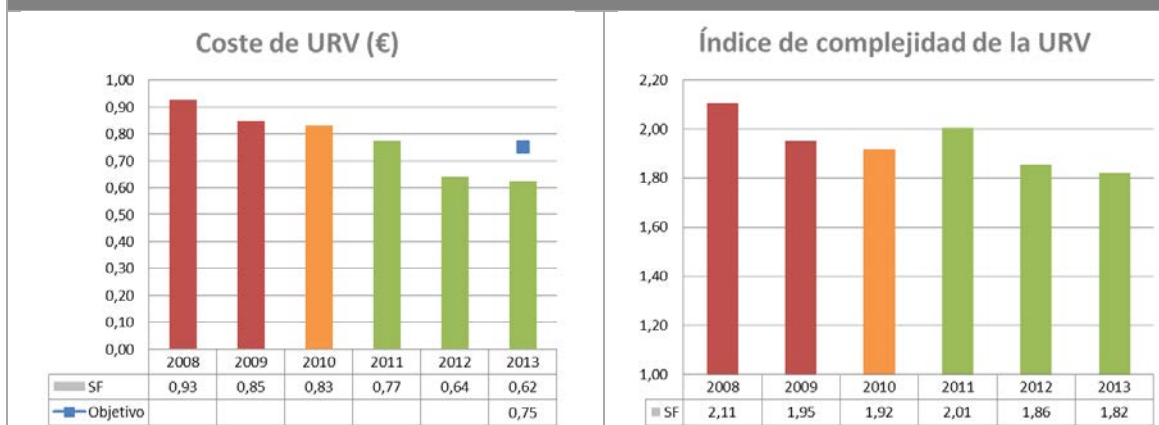


Sobre los objetivos de coste medio por paciente que establece anualmente el SERMAS para las patologías más caras y relevantes, el HGUGM cumple una buena parte de los mismos y en casi tres cuartas partes se sitúa entre los tres primeros hospitales en eficiencia, cumpliéndose el nuevo objetivo propuesto del 60%. El índice de costes comparados del PAS, a pesar de haber empeorado en la fase post₂ implantación, muestra un ahorro muy próximo al millón de euros con respecto a la tarifa media del SERMAS. Esto se debe a que el SERMAS anualmente disminuye los objetivos de coste paciente-año y cada vez resulta más complicado mantener resultados tan satisfactorios.



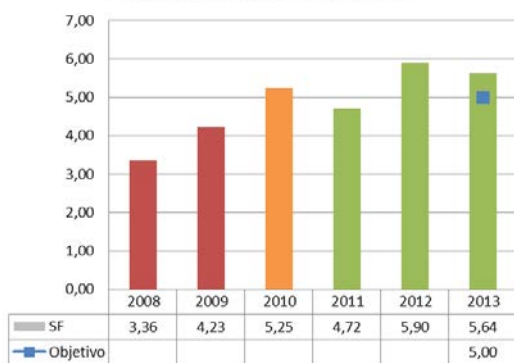
Debido a la crisis económica, la eficiencia de la farmacoterapia mediante el ahorro por mejoras en el uso del medicamento y por negociaciones con proveedores, se ha convertido en un objetivo prioritario para el SF. En colaboración con los responsables del hospital y del SERMAS, el SF ha conseguido reducir de forma continua el gasto farmacéutico sin detrimento en la actividad, la calidad y la seguridad en los tratamientos a los pacientes a través de diversas medidas: adecuación de la GFT, la negociación en la compra y la mejora del uso del medicamento por protocolización del mismo.

4. Gestión de la EFICIENCIA Y RENTABILIDAD DEL SF

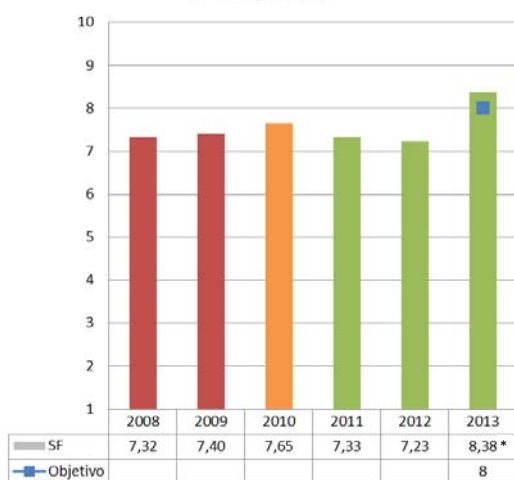
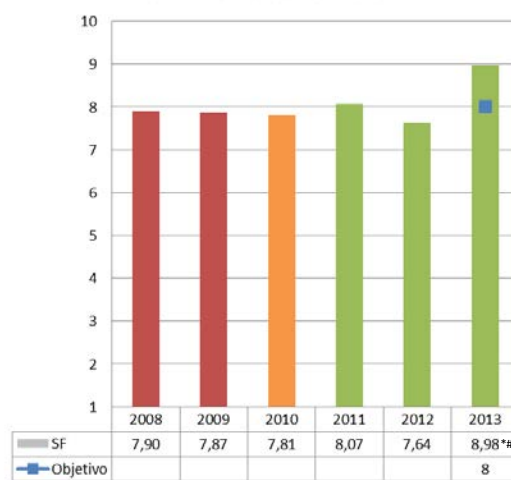
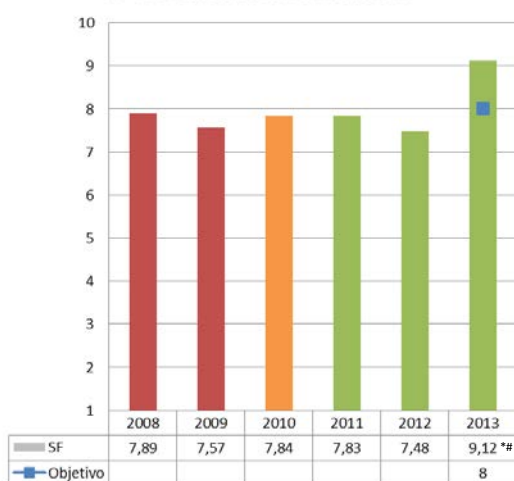


El coste de la URV muestra una tendencia de descenso relevante. La reducción del coste se debe, por un lado, al incremento en el nº de URV producidas sin haber aumentado personal y, por otro, a la eliminación del coste administrativo dedicado a la gestión de adquisiciones, revisión de recetas y control del inventario después de la robotización del área de pacientes externos. Concretamente, se consiguió eliminar el coste de una jornada laboral completa de un administrativo.

El índice de complejidad muestra una tendencia de descenso a lo largo de los años de estudio (con excepción del dato de 2011) a pesar del aumento de actividad observado. Esto se debe a que las actividades que más se han incrementado son las de menor complejidad y, por tanto, las de menor valor de URV (principalmente del área de dispensación).

Rentabilidad económica

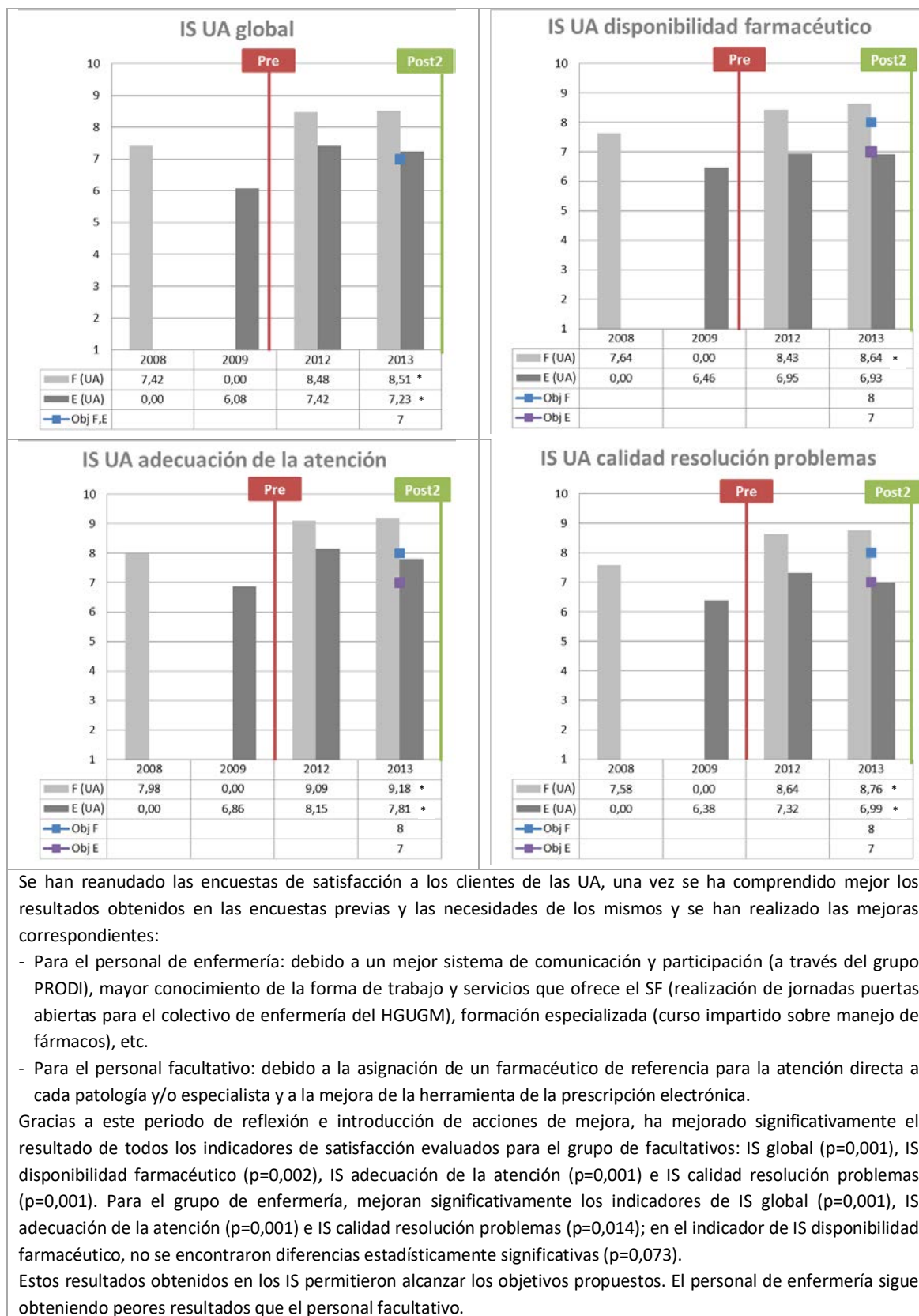
Se observa una tendencia positiva en la rentabilidad del SF, superando el objetivo de 5 euros de ahorro de costes por cada euro que cuesta el SF al HGUGM.

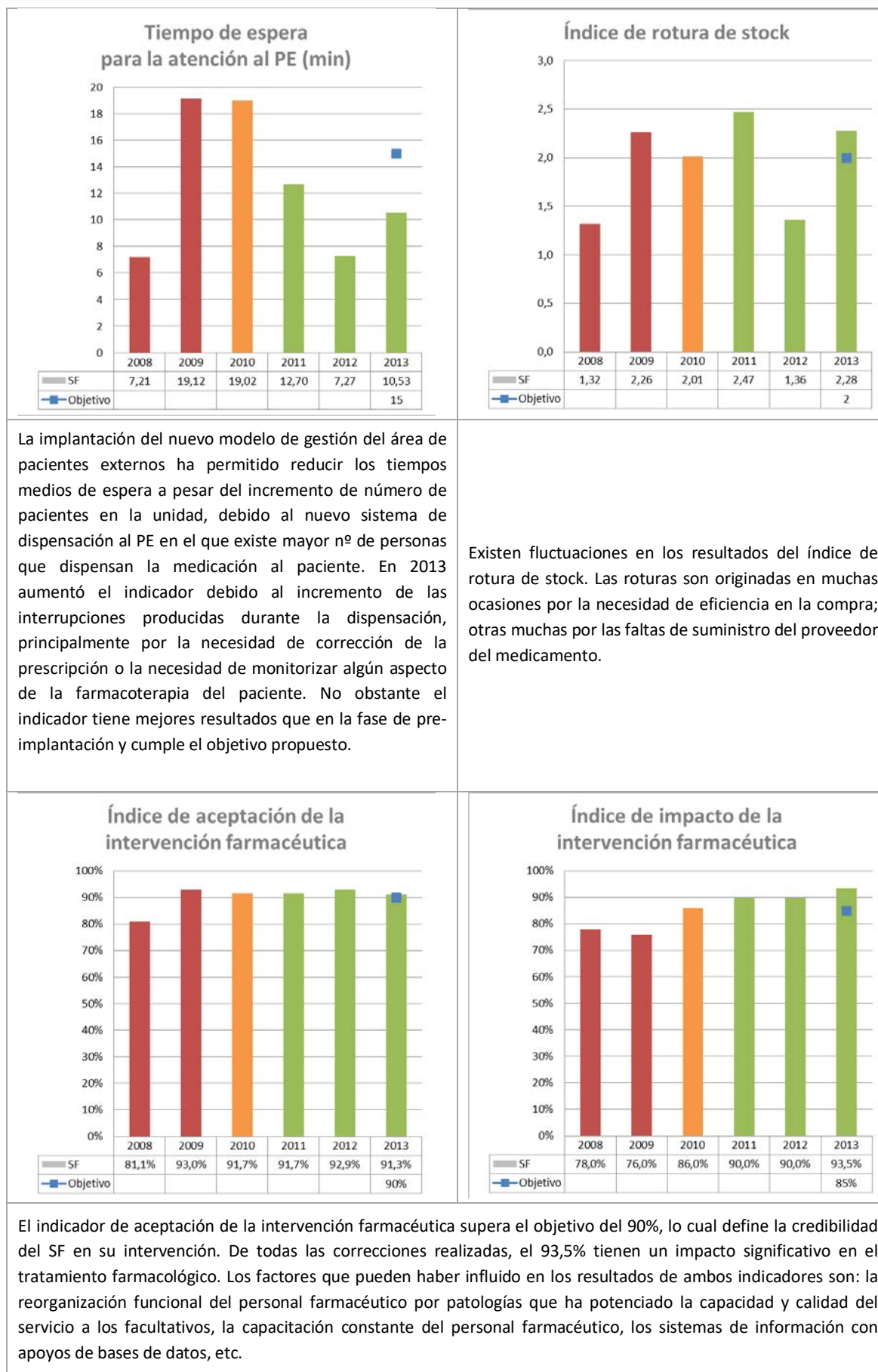
5. Gestión de los CLIENTES**IS PE global****IS PE trato consultas****IS PE calidad información**

Se observa un incremento significativo en los tres IS evaluados en la fase post₂ con respecto a la fase pre: IS global ($p=0,001$), IS trato consultas ($p=0,003$), IS calidad información ($p=0,001$). Asimismo el aumento fue también estadísticamente significativo entre las fases post₁ y post₂ en el IS trato consultas ($p=0,018$) y en el IS calidad información ($p=0,002$).

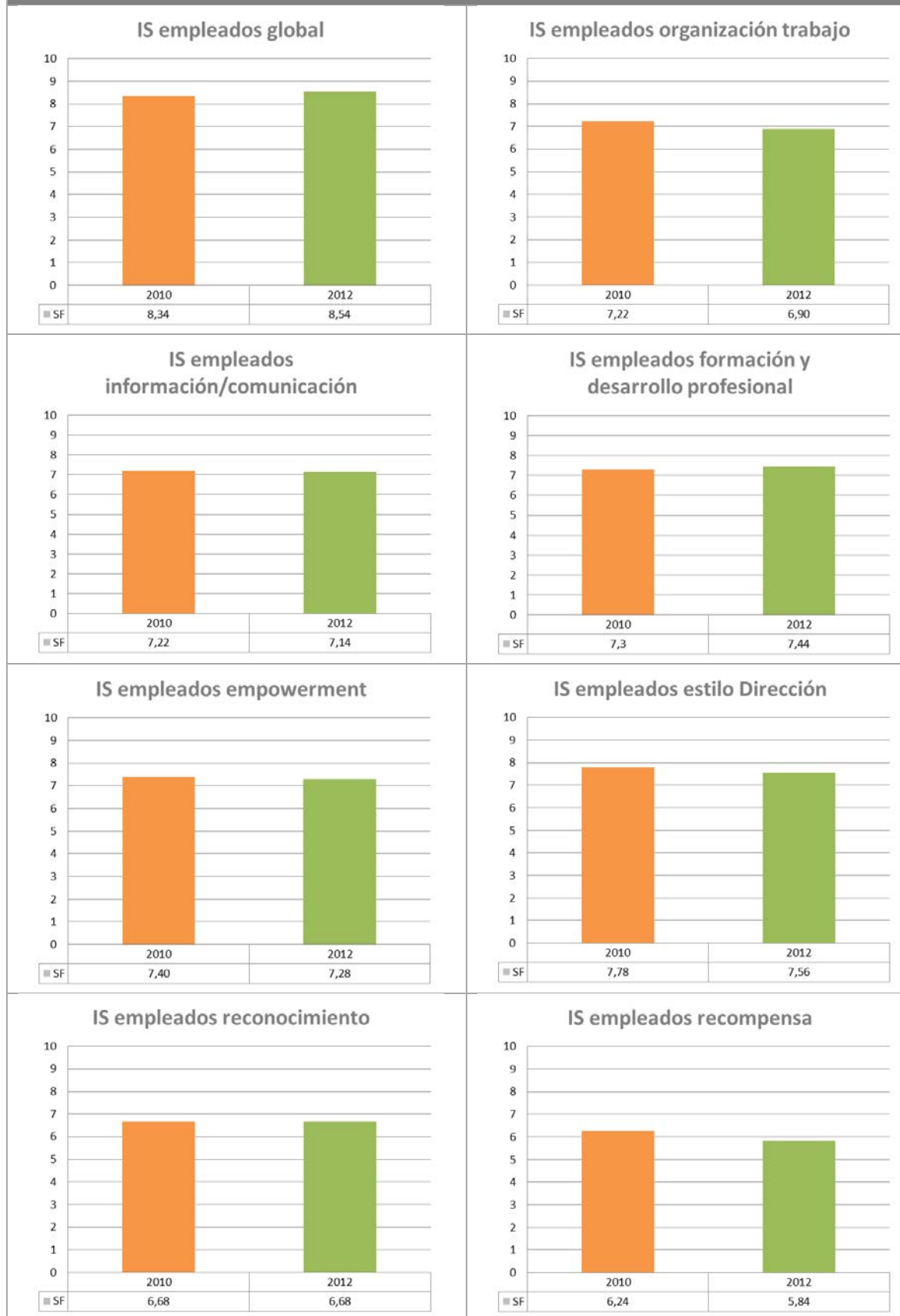
Estos resultados positivos se deben a la implantación del nuevo modelo de atención farmacéutica en la unidad de PE del SF.

Se cumplen todos los objetivos propuestos para los indicadores de satisfacción.





6. Gestión de las PERSONAS



La participación de la encuesta de personal en el año 2012 fue >90%, lo que le confiere alto grado de fiabilidad. El nivel de satisfacción global resultado de la misma es creciente a pesar que en este periodo de crisis y recorte en la sanidad pública se han recortado plantillas y se han bajado los sueldos. A pesar de que el IS global aumenta, algunos IS específicos muestran una tendencia de descenso, aunque ésta no es muy relevante. Si se analizan los datos desglosados por personal farmacéutico y personal no farmacéutico se observa una diferencia destacada entre ambos colectivos. Se hace necesario emprender un plan de mejora con el objetivo de ampliar la participación en la planificación al personal de enfermería, sistematizar la comunicación a este colectivo de planes, objetivos y resultados, etc.

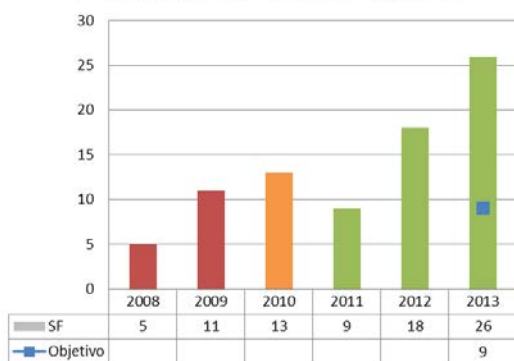


El SF ha apostado durante el *Plan de Mejora 400+* por la gestión de la capacitación y la gestión del conocimiento mediante diferentes mejoras introducidas, que han motivado la mejora en los indicadores de gestión de personas.

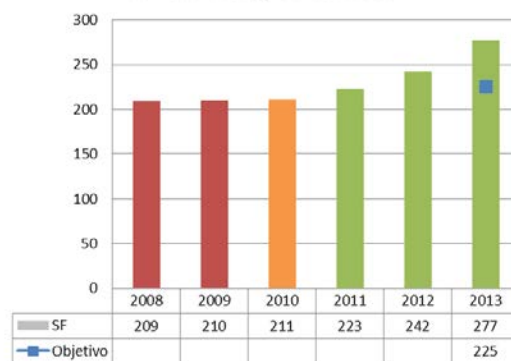
- Programación sistemática de sesiones clínicas, que hace que se mantengan en niveles altos y constantes, además de la puesta en marcha de sesiones de innovación e investigación.
- Participación en equipos de trabajo y comités para la participación en proyectos de mejora conjuntos con las UA y el esfuerzo en participación en foros sectoriales que sirven además como elementos de reconocimiento y de generación de imagen externa.
- Sistema de formación del personal a través de la asistencia a congresos nacionales e internacionales.

7. Gestión del IMPACTO SOCIAL

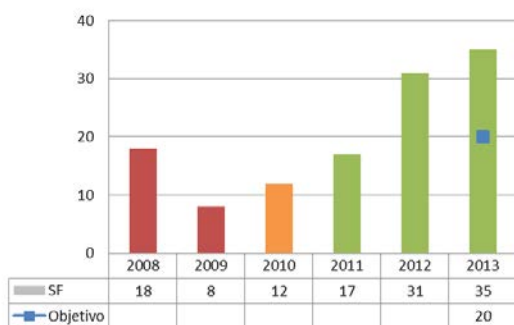
Nº de proyectos de investigación



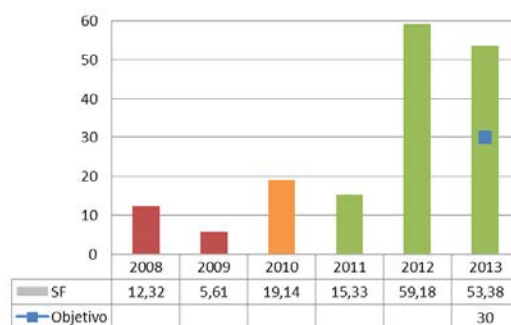
Nº de ensayos clínicos



Nº de publicaciones en revistas científicas



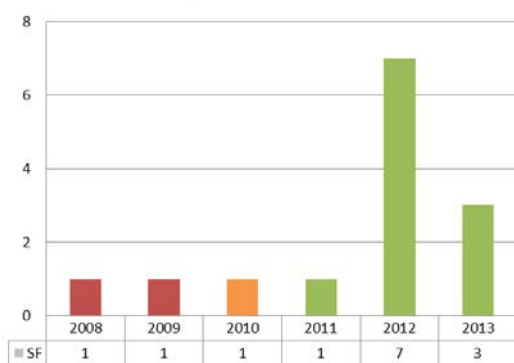
Factor de impacto de publicaciones



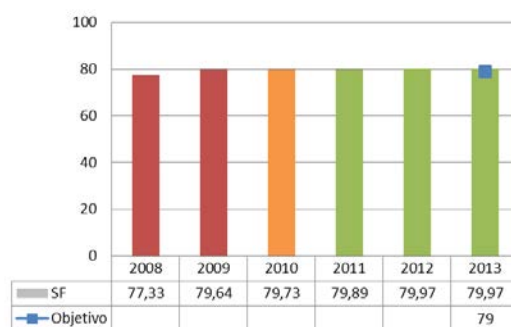
La adecuada política de desarrollo de la innovación y la investigación y la creación de la plataforma de *iPharma* para su gestión y desarrollo ha permitido crecer tanto en proyectos de investigación como en ensayos clínicos a pesar de la situación de crisis con recortes económicos para este tipo de proyectos.

Asimismo, en base al impulso y organización de *iPharma*, se ha apostado por la divulgación a través de publicaciones en revistas científicas de alto impacto, superando de forma relevante los objetivos propuestos para los indicadores relacionados.

Nº de premios recibidos

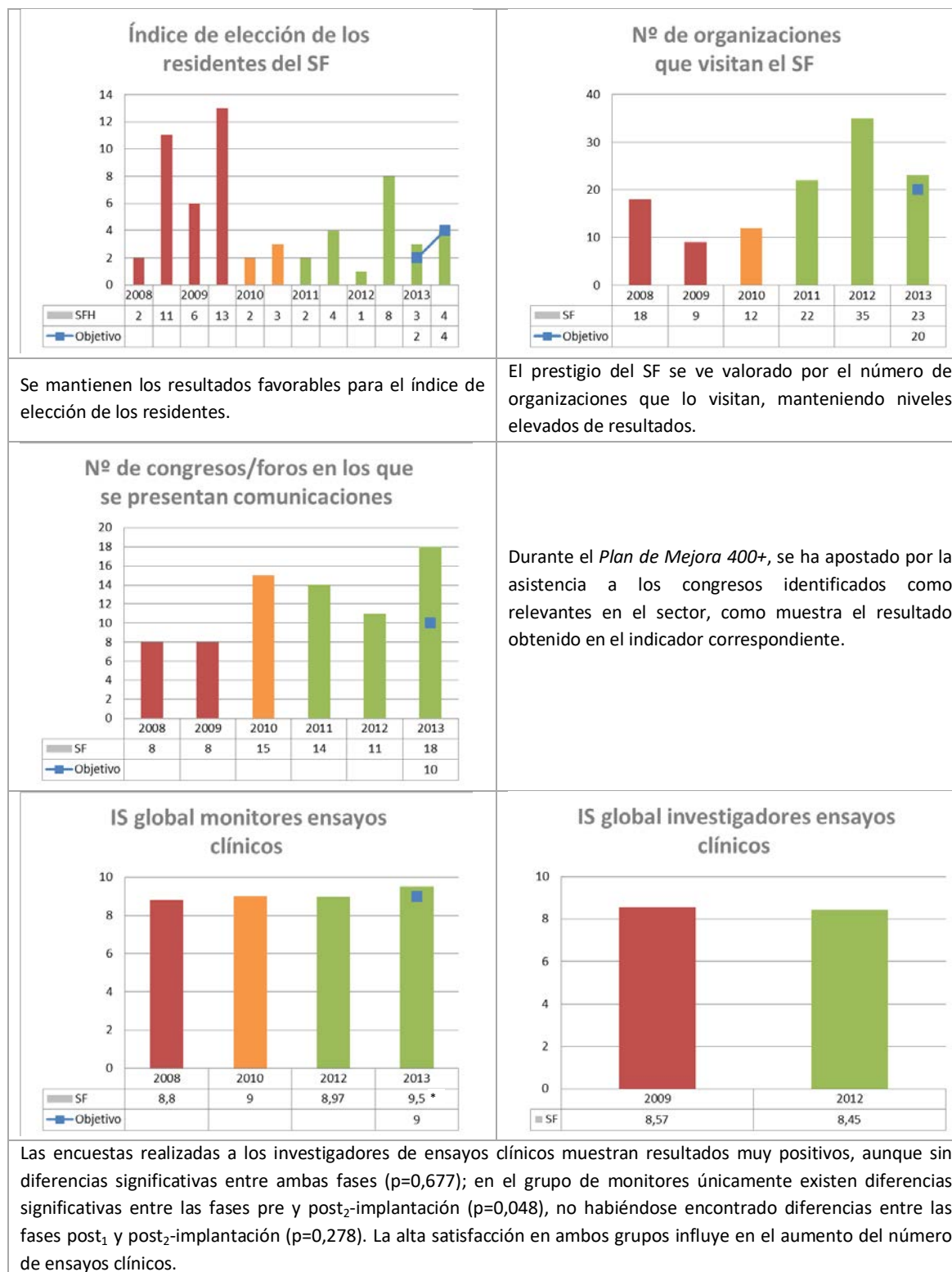


Índice de la Guía de Evaluación y Mejora



Resulta también muy positivo el reconocimiento recibido a través de los premios otorgados a los proyectos de investigación.

El Índice de la *Guía de Evaluación y Mejora* mantiene un resultado positivo, superando el objetivo propuesto, motivado por: protocolización del uso del medicamento, mejora de automatización y control en la preparación de medicamentos, mejora del sistema de prescripción/validación electrónicas y su despliegue, el desarrollo de la dispensación automatizada, el desarrollo funcional por patologías, las mejoras de los sistemas de información y su integración, etc.



E: enfermería; F: facultativo; GFT: Guía Farmacoterapéutica; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; IS: índice de satisfacción; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; PE: paciente externo; PRM: problema relacionado con la medicación; RNM: resultado negativo asociado a la medicación; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

4.3.5. IMPLANTACIÓN *PLAN DE MEJORA 500+*: ANÁLISIS DE MEJORAS DETECTADAS EN EVALUACIÓN SGC 400+ (2013) Y MEJORAS INTRODUCIDAS (2013-2015)

En la **Tabla 56**, se presenta una relación de las áreas de mejora detectadas en la autoevaluación y evaluación externa del *Plan de Mejora 400+*, indicándose si ésta se ha implantado durante el *Plan de Mejora 500+*.

Tabla 56. *Plan de mejora 500+ a partir del análisis SGC del Plan 400+ (autoevaluación y evaluación externa 2013)*

Áreas de mejora identificadas	Implantada	No implantada
Liderazgo		
Se debe consolidar el nuevo enfoque estructurado para la gestión del liderazgo.	Ver 4.3.5.1.1	
Se debería avanzar en el despliegue del feedback 360º para poder analizar la situación actual y definir los correspondientes planes de mejora.	Ver 4.3.5.1.2	
Existe un desarrollo desigual del liderazgo sobre las personas entre el personal farmacéutico y de enfermería.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas)	
Si bien, la gestión de los cambios más relevantes se estructura en proyectos y se gestionan de forma sistemática, la gestión de cambios de menor importancia debe sistematizarse y desarrollar una mejor evaluación de sus resultados.	Ver 4.3.5.1.3	
Se podría mejorar la interacción de los líderes con los aliados externos.	Ver 4.3.5.4.1 (Criterio Alianzas y Recursos)	
Se podría mejorar la valoración de la cultura medioambiental en el perfil de líder.		
Se podría mejorar la sistemática adecuada para la identificación de necesidades y expectativas de los aliados.	Ver 4.3.5.4.1 (Criterio Alianzas y Recursos)	
Se podría mejorar la evaluación y revisión de la interacción con los aliados.	Ver 4.3.5.4.1 (Criterio Alianzas y Recursos)	
Se podría mejorar la sistemática para que las sugerencias y/o aportaciones del personal se incorporen en los procesos existentes.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas)	
No se evidencia con claridad que las formas de reconocimiento objetivo se extiendan a todos los niveles de la organización.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas)	
No hay evidencia de un enfoque potente para el reconocimiento del personal no farmacéutico.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas)	
Mejorar las actividades de evaluación y revisión de la cultura de excelencia de la organización.	Ver 4.3.5.1.4	
Aunque existe un comité de ética a nivel general, se podría mejorar la presencia de la ética en los valores formalizados.		
Se podría mejorar la sistemática para la atención a la		

igualdad y diversidad. Se podría establecer alguna alianza clave para realizar comparaciones.		
Política y Estrategia		
El SF debe mejorar la obtención de indicadores de comparación para tener mejores referencias en sus análisis y en la fijación de objetivos.		
El SF debe mejorar la sistemática de seguimiento de planes a través de los indicadores y mejorar con ello su proceso de toma de decisiones.	Ver 4.3.2.2.1	
Ampliar la participación en la planificación al personal de enfermería y sistematizar la comunicación a este colectivo de planes, objetivos y resultados.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas)	
Se debería establecer una sistemática clara y coherente de <i>benchmarking</i> externo.		
Se podría mejorar la sistemática para incorporar las actividades de <i>benchmarking</i> en la definición de indicadores o modificaciones del proceso.		
Se podría mejorar el nivel de participación de las alianzas en el en el proceso de planificación estratégica.	Ver 4.3.5.4.1 (Criterio Alianzas y Recursos)	
Se podrían mejorar los aspectos relacionados con los indicadores de gestión medioambiental en la formulación y el desarrollo de la estrategia.		
No se presentan evidencias claras acerca del análisis relativo a la imagen externa.	Ver 4.3.5.2.2	
No hay evidencias claras de que se adecuen y desarrollen de manera continua estándares medioambientales con las organizaciones aliadas.		
Se podría mejorar la sistemática para tener en cuenta la RSC en la planificación estratégica.		
Se debería continuar trabajando en el despliegue de la estrategia hasta los objetivos individuales a todos los niveles.		
Personas		
Se debería mejorar la revisión del enfoque y despliegue de la gestión de recursos humanos en función de los resultados obtenidos con los mecanismos de evaluación.	Ver 4.3.5.3.1	
Se debería fomentar y apoyar la participación estructurada individual y de los equipos en las actividades de mejora horizontal, es decir en temas no relacionados directamente con su responsabilidad.	Ver 4.3.5.3.1	
Si bien se dispone de enfoques para la gestión de personas en diferentes aspectos, es necesario mejorar la sistematización de los procesos de gestión de personas y su despliegue al personal de enfermería: gestión de competencias y desempeño; formación y gestión del conocimiento; participación; comunicación interna; reconocimiento.	Ver 4.3.5.3.2	
Las medidas de recorte de gasto público en la sanidad han hecho que la satisfacción de las personas se resienta en aspectos como retribución, gestión laboral, recursos, etc. en especial en los colectivos de personal no farmacéutico,	Ver 4.3.5.3.2 Ver 4.3.5.3.3	

en los que otros factores de satisfacción no están tan altos como en el personal farmacéutico y por tanto no compensan los factores negativos de forma tan eficaz.		
Se podría mejorar el establecimiento de objetivos personales alineados con la estrategia y el esquema general de procesos clave.		
Se debería relacionar el cumplimiento de los objetivos personales con algún tipo de reconocimiento.		
No se evidencia un sistema estructurado y potente de reconocimientos al personal.	Ver 4.3.5.3.3	
Sería importante integrar en la gestión de personas estímulos vinculados a desempeño ambiental y/o en materia de seguridad y salud en el trabajo.	Ver 4.3.5.3.3	
No se evidencia claramente un sistema de sugerencias eficaz, ni que se fomente la creatividad más allá de los grupos y reuniones establecidos.	Ver 4.3.5.1.3 (Criterio Liderazgo)	
No se aportan evidencias claras de <i>benchmarking</i> o aprendizaje externo.		
Alianzas y Recursos		
Si bien se ha establecido un proceso de gestión de alianzas para su sistematización, es necesaria todavía su consolidación, ya que ha sido puesto en marcha en 2012.	Ver 4.3.5.4.1	
No se dispone de un plan de negocio asociado al Plan Estratégico.	Se dispone de un sistema de gestión presupuestaria que miden la eficiencia y rentabilidad del SF Ver 4.3.5.2.1 (Criterio Política y Estrategia)	
Se deberían establecer indicadores sistemáticos de medición, aprendizaje y mejora sobre la eficacia de la gestión de alianzas.	Ver 4.3.5.4.1	
Se podría mejorar la identificación y la segmentación de los GI, asegurando que cada uno de ellos cuente con una propuesta de valor.		
Se podría mejorar el proceso sistemático de gestión del conocimiento con actividades de <i>benchmarking</i> relacionadas.		
Se podrían mejorar los criterios de selección de proveedores en aspectos relacionados con su gestión medioambiental y su RSC.	En el proceso de evaluación de proveedores, se tiene en cuenta si sus SGC están certificados por la Norma ISO 14001, que evalúa la gestión medioambiental. (Ver 4.2.2.4.3, Plan de Mejora 300+) Pendiente valorar su RSC	
Se podría mejorar la participación sistemática y proactiva de los empleados en la generación de conocimiento compartido.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas) Ver 4.3.5.4.4	

Se encuentran escasas evidencias de actividades que hayan desembocado en mejoras concretas para la comunicación de la información, la delegación y toma de decisiones y la formación interna.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas)	
Se deberían obtener comparaciones con otros hospitales sobre gestión de proveedores para analizar posibles sinergias y mejoras de la eficiencia.		
Procesos		
Sistematizar y consolidar la evaluación anual de procesos mediante la “ficha de control de procesos”.	Ver 4.3.5.5.1	
En el sistema de evaluación de procesos se debe mejorar la frecuencia de las encuestas a clientes internos, la utilización de esta información y la comunicación a éstos de resultados y planes de mejora.	Ver 4.3.5.5.2	
Completar el despliegue de la gestión de procesos a los procesos de gestión de personas.	Ver 4.3.5.3.4 (Criterio Personas)	
Se debería profundizar en el marketing, teniendo en cuenta los demás SF públicos como verdadera competencia.	Ver 4.3.5.5.3	
Se debería realizar <i>benchmarking</i> sistemático de procesos con organizaciones externas similares, quizá estableciendo alguna alianza únicamente con esta finalidad.		
Se podría mejorar la metodología para el establecimiento de los objetivos adecuados para la mejora continua en cada uno de los indicadores.		
Aunque existen procesos de investigación e innovación, se podrían mejorar los indicadores que garantizan el seguimiento de los mismos.	Ver 4.3.5.4.2 (Criterio Alianzas y Recursos)	
Se podría mejorar la implicación del personal no farmacéutico en la gestión de procesos.	Ver 4.3.5.3.2 (Criterio Personas) Ver 4.3.5.5.1	
Se podría mejorar la consideración de necesidades prácticas de RSC en los nuevos servicios.		

GI: Grupos de Interés; SF: Servicio de Farmacia; RSC: responsabilidad social corporativa.

4.3.5.1. Criterio 1: Liderazgo

4.3.5.1.1. Consolidación de la gestión del liderazgo: modelo de liderazgo

El SF perfiló su modelo de liderazgo inicialmente a través de la definición de su encuesta de personal y posteriormente, durante el *Plan de Mejora 400+*, elaboró el nuevo proceso de gestión del liderazgo, en el que se incluyó un perfil por competencias de los líderes y un sistema de evaluación del liderazgo con planes de mejora asociados. Sin embargo, se detectó que era necesario consolidar este proceso. La actualización del modelo de liderazgo realizada durante el *Plan de Mejora 500+* se basó en las actividades descritas en la **Tabla 57**.

Tabla 57. Modelo de liderazgo del SF: fase Plan de Mejora 500+.

Actividad	Descripción / Procedimiento
DEFINICIÓN MODELO DE LIDERAZGO	Los responsables del SF establecen quiénes son los líderes, atendiendo a criterios de responsabilidad sobre la actividad y/o las personas del SF, y establecen las competencias que son fundamentales para un liderazgo positivo, eficaz, en función de la cultura y Misión/Visión/Valores del SF.
EVALUACIÓN DEL LIDERAZGO DEL SERVICIO DE FARMACIA	La evaluación del liderazgo se lleva a cabo directamente a través de la encuesta de liderazgo e indirectamente mediante de la encuesta de personal a través de las dimensiones de: objetivos (evalúa la capacidad de los líderes en el establecimiento, comunicación e implicación del personal), funciones y responsabilidades (evalúa la capacidad de los líderes para organizar el trabajo de las personas a su cargo), <i>empowerment</i> (valora la capacidad de desarrollar el potencial de las personas a su cargo) y estilo de gestión (valora las formas en que los responsables se interrelacionan con las personas a su cargo y su credibilidad)
EVALUACIÓN DE LOS LÍDERES DEL SERVICIO DE FARMACIA	El nivel competencial de cada uno de los líderes se lleva a cabo mediante encuestas derivadas de las competencias establecidas en el modelo de liderazgo, en las que se identifica y evalúa la existencia de los comportamientos asociados a cada una de dichas competencias. Las encuestas se realizan confidencialmente con criterio 180º/360º: al responsable, colegas y colaboradores de cada líder establecido en el sistema.
ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS DE LOS LÍDERES Y DE LOS SISTEMAS / PROCESOS	A partir de la encuesta de personal y de la encuesta de líderes se identifican: <ul style="list-style-type: none"> - Características organizativas de las actividades de gestión y operativas que pueden contribuir positivamente o que no contribuyen adecuadamente al desarrollo del liderazgo en el SF. - Características de los líderes que deben ser mejoradas para dar más eficacia a su liderazgo. <p>Cuando se detecten aspectos de mejora relacionados con los procesos de gestión u operativos del SF, dichas mejoras serán comunicadas a los responsables de dichos procesos para su inclusión en los planes de mejora anuales de los mismos.</p> <p>Cuando se detecten aspectos de mejora personales de los líderes repetitivos, se comunicará al responsable del proceso de formación interna la necesidad de desarrollar acciones formativas específicas relativas a dichas áreas de mejora, de forma que se mejoren los conocimientos básicos para apoyar la mejora personal.</p>
DESARROLLO DE PLANES DE MEJORA PERSONALES	Cada uno de dichos líderes recibe un informe personal y confidencial con las valoraciones de responsable, colegas y colaboradores. En función de ello y de su autoevaluación personal identificará los principales puntos fuertes y áreas de mejora, desarrollando un plan de mejora personal con acciones concretas de mejora de sus comportamientos y actuaciones.

SF: Servicio de Farmacia

4.3.5.1.2. Realización de la encuesta de liderazgo

Aunque el sistema de encuesta de liderazgo se estableció en el SF durante el *Plan de Mejora 400+*, no fue hasta el año 2014 cuando se realizó la primera encuesta. Fue en este momento cuando se decidió que ésta debía tener un enfoque dual 180º/360º, en la que se evaluarán los líderes tanto por las personas que dependen funcionalmente de ellos como por el resto de líderes.

Para ello se realizaron cuadrantes de evaluación, en los que se definieron las personas del SF (personal farmacéutico y personal no farmacéutico) que debían evaluar a cada líder en función de su área de responsabilidad.

Se elaboró la encuesta para evaluar las competencias técnicas y capacidades relacionadas con: conocimiento del negocio, capacidad de gestión, capacidad de organización, capacidad de innovación y mejora, liderazgo de las personas.

A partir de los resultados de las encuestas, se desarrolló un plan de mejora personalizado para cada líder del SF con la colaboración del asesor externo.

4.3.5.1.3. Actualización del proceso de gestión del cambio

Durante el *Plan de Mejora 500+*, se actualizó el proceso de gestión del cambio que fue establecido durante el *Plan de Mejora 300+* (ver apartado 4.2.2.1.7), con el objetivo de abarcar no sólo los grandes cambios y proyectos del SF, sino aquellos cambios de menor importancia que carecían de una sistematización y evaluación de sus resultados. El nuevo proceso, coordinado por el CD pero en el que están implicados todos los líderes del SF, garantiza que el SF es flexible y gestiona el cambio de manera eficaz, generando una cultura de flexibilidad y creatividad para el cambio y la mejora. Este proceso se basa en:

I. La planificación estratégica y la planificación anual

El CD analiza las capacidades y rendimientos internos, las necesidades y expectativas de sus GI, la innovación tecnológica en el ámbito farmacológico, logístico y de sistemas de información, la evolución de la FH, etc. A partir de esta información se deciden los principales cambios a desarrollar para alcanzar las metas, actualizándose anualmente en el Plan Anual del SF. Asimismo, en el despliegue a planes anuales, el CD y el personal clave de las áreas articulan los procesos de cambio estratégico y se definen las necesidades de cambio concretas de menor importancia.

II. La gestión de procesos y la gestión operativa

El CD analiza cada una de las actividades que realiza el SF y recoge la información procedente de la gestión operativa de áreas. Se evalúa el funcionamiento y la problemática de todos los procesos y áreas de forma sistemática, y se establecen planes y acciones de mejora.

III. La gestión de la innovación

El SF mantiene una vigilancia constante sobre posibilidades de innovación y mejora a través de la interrelación y colaboración con los GI y a través de otros foros de comunicación (grupos de trabajo, participación en foros del sector, interrelación con hospitales nacionales e internacionales, etc.). Además, el desarrollo de actividades de investigación y docencia mantienen a su personal en continuo y constante contacto con la necesidad de progreso.

IV. La gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento se encuentra sistematizada, a través de la gestión bibliográfica, sesiones de servicio, etc. a través de la cual, se comentan y exponen novedades y proyectos de interés para establecer cambios en el SF.

Los líderes analizan los proyectos de cambio y, en función de las características de complejidad, los riesgos detectados, la necesidad de recursos, necesidad de coordinación interna y/o externa, etc., se articulan proyectos formales a los que se les asigna un responsable, se establecen objetivos, planes de trabajo y plazos, se gestionan los riesgos, se garantizan los recursos necesarios (humanos, materiales y económicos). Todo ello permite el seguimiento, evaluación y ajuste cuando es necesario.

4.3.5.1.4. Gestión de la cultura de excelencia

El SF ha trabajado en la mejora sistemática de su modelo de gestión y de la cultura de la excelencia desde el inicio del estudio. En la actualidad, tiene como FCE que afecta a todos sus objetivos fundamentales la *Excelencia en la Gestión*, por lo que dispone de estrategias y actuaciones en los planes anuales sistemáticos y se revisan los avances y la consecución de objetivos. Además de los avances en resultados que miden la idoneidad del modelo de gestión y el aprendizaje relacionado con el mismo, el SF identifica puntos fuertes y oportunidades de mejora en este ámbito en base al progreso de los resultados de rendimiento de la propia organización.

La evaluación y revisión de la gestión de la excelencia se realiza a través de la formación en gestión, colaboración con expertos externos, *benchmarking*, auditorías ISO 9001 y 14001, autoevaluaciones y evaluaciones externas EFQM, etc.

4.3.5.2. Criterio 2: Política y Estrategia

4.3.5.2.1. Análisis de rendimientos y capacidades internas

Durante el *Plan de Mejora 500+*, se han actualizado los mecanismos de información de gestión de los que dispone el SF (**Tabla 58**), para mejorar la sistemática de elaboración de planes a través de los indicadores establecidos.

Tabla 58. *Mecanismos de información de gestión: fase Plan de Mejora 500+.*

Mecanismos	Fuentes de información / Observaciones
Cuadro de Mando Integral	Engloba los principales indicadores derivados de los objetivos fundamentales y sus factores clave de éxito.
Gestión Económica del Medicamento	Cuadro de mando económico con costes de medicamentos globales y segmentados por unidades, patologías, pacientes y/o medicamentos específicos, con históricos y comparaciones con los hospitales del SERMAS. Además se calculan indicadores de ahorros por compras / uso del medicamento, índices comparados de eficiencia, etc.
Gestión Económica del SF	Indicadores para la gestión presupuestaria del SF, a través de la eficiencia y la rentabilidad del SF.
Gestión de la Actividad	Cuadro de mando de actividad, en el que se registra toda la actividad del Servicio y se asignan URV, estableciéndose los índices de complejidad y de eficiencia operativa del SF.
Gestión de Clientes	Indicadores directos de pacientes, facultativos y enfermería, así como indicadores de procesos que evalúan los servicios técnicos de apoyo, de preparación de medicamentos y asociados a la logística de dispensación.
Gestión de Personas	Encuestas de personal y de liderazgo, así como indicadores asociados a la gestión laboral, formación, etc.
Gestión del Impacto social	Indicadores directos asociados a la docencia, a la investigación y a la contribución al conocimiento, así como de indicadores de rendimiento interno.
Calidad en la Gestión	Además de todos los indicadores descritos, se dispone de resultados de autoevaluaciones EFQM, auditorías ISO 9001 e ISO 14001, así como de otras evaluaciones de diferentes tipos (Índice ISMP-España, Índice <i>Guía de Evaluación y Mejora</i> , etc.)

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*; URV Unidades Relativas de Valor.

4.3.5.2.2. Gestión de la imagen

El proceso de gestión de la imagen se incorporó a la estrategia del SF en el año 2012, pero ha sido durante el *Plan de Mejora 500+* cuando se ha consolidado el proceso mediante la elaboración de un Plan de Imagen. En él se incluye una relación de actividades a realizar, con responsables directos, plazos de realización e indicadores de evaluación que se actualiza de forma anual. Las actividades incluidas se concretan en: publicaciones, congresos, jornadas y cursos, becas y premios, página web, etc.

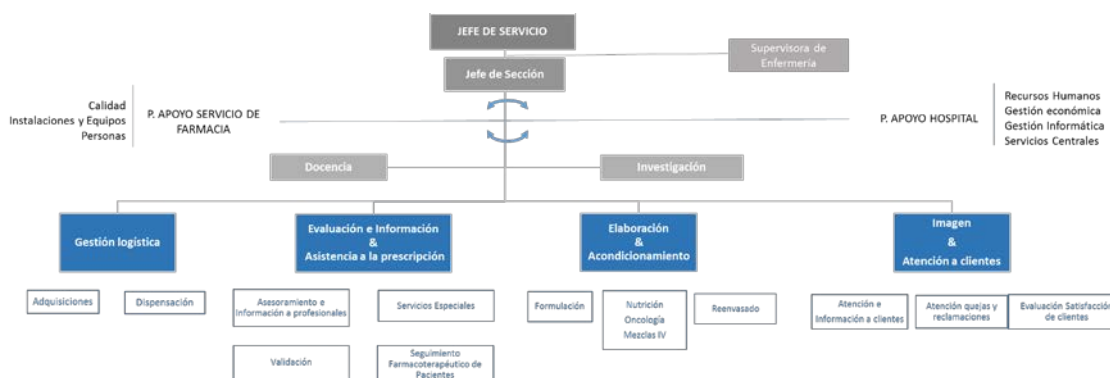
4.3.5.3. Criterio 3: Personas

4.3.5.3.1. Gestión de personas

Se ha revisado la gestión de personas en función de los resultados obtenidos en la encuesta de personal y de liderazgo y se han realizado las siguientes mejoras durante el *Plan de Mejora 500+*.

- I. *Actualización del organigrama del SF:* se presenta en la **Figura 19**, a partir de los indicadores de percepción y de participación, y mediante la colaboración con expertos externos en los enfoques de personas y el análisis de prácticas realizadas en otros SF. Mediante este organigrama en el que se establece una estructura organizativa más plana, se fomenta y apoya la participación estructurada individual y de los equipos en las actividades de mejora horizontal, es decir, en temas no relacionados directamente con su responsabilidad.

Figura 19. Organigrama del SF: fase Plan de Mejora 500+.



- II. *Planificación de las personas:* a través de dos criterios fundamentales:

- *Planificación de la gestión de personas* (orientada a disponer de personas competentes e integradas en el proyecto del SF): en función de los resultados de la encuesta de personal y la de liderazgo, la información recabada en la Voz de Personas, del DAFO del FEC *Implicación de las personas*. A partir de todo ello, se establecen y despliegan estrategias y actuaciones.
- *Planificación de plantilla* (orientada a disponer del personal necesario para el desarrollo de la actividad del SF): el SF dispone de un desglose de actividad en tareas estándar, basado en el *Catálogo de Productos y Facturación* y el tipo de recurso que las desarrolla. En base al histórico de actividad y las previsiones de crecimiento, nuevos servicios y

proyectos asociados a la planificación se realiza la estimación de URV por producto y los totales, con lo que anualmente se prepara el documento "Justificación de Plantilla" que se presenta y ajusta con la Dirección del HGUGM.

Fruto de estas revisiones se realizan continuamente cambios en la estructura de la plantilla. Durante el *Plan de Mejora 500+*, se han realizado modificaciones de plantilla originados por la automatización de la dispensación en las UA y por la robotización del área de PE: se han destinado recursos humanos a otras actividades como el área de farmacogenética o la atención farmacéutica en el servicio de Urgencias. Además, se han creado mecanismos para la flexibilización de plantilla (personal para investigación, becarios, personal en formación, etc.).

III. Contratación y acogida del personal: a pesar de que la contratación de personal sigue la reglamentación de empresa pública, el SF gestiona de forma específica la acogida y en la actualidad cuenta con un *Manual de Acogida*, entrevistas iniciales con responsables y presentaciones, tutores específicos para cada nuevo empleado, actividades sistemáticas de información y formación, encuesta tras la acogida, etc.

4.3.5.3.2. Plan de mejora de la gestión del personal no farmacéutico

Durante el *Plan de Mejora 300+* y el *Plan de Mejora 400+*, se llevaron a cabo acciones de mejora en la gestión de personas principalmente a nivel del personal farmacéutico: se formalizó un plan de desarrollo profesional, se promovió la participación y comunicación del personal en órganos de participación internos y externos, se instituyó una política de delegación de responsabilidades, se fomentó el reconocimiento profesional, etc. Sin embargo, en las evaluaciones siguen identificándose aspectos de mejora relacionados con la gestión del personal no farmacéutico, además de detectarse resultados inferiores en la encuesta de personal realizada en 2012 al desglosarse los resultados por colectivos.

Por este motivo, se desarrolló un plan de mejora de gestión de personas focalizado en el personal no farmacéutico, para mejorar su implicación en base a la mejora de la comunicación, la participación, la formación, el reconocimiento y la organización de las personas.

El Plan se concretó en acciones de mejora definidas en 8 proyectos clave que se presentan en la **Tabla 59**. Se asignaron responsables, objetivos y actividades a cada uno de los proyectos. Se elaboró un plan de trabajo a implantar durante el año 2014.

Tabla 59. Plan de mejora de gestión de personas: fase Plan de Mejora 500+

Proyecto clave 1. Mejora del sistema de comunicación
Objetivo: Mejorar la información general, del área y personal y la comunicación personal/responsables.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Mejora de la información general del Servicio de Farmacia. – Mejora de la información asociada al área de trabajo. – Mejora de la comunicación personal responsable-colaborador.
Proyecto clave 2. Proceso de acogida para el nuevo personal
Objetivo: Mejorar el conocimiento y la visión básica del Servicio de Farmacia para favorecer la integración efectiva del nuevo personal, en base al conocimiento de responsables, la información y la formación.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Mejora de la visión y comprensión del nuevo personal sobre el SF (sus objetivos y su actividad, su impacto en el hospital y los usuarios, sus valores, etc.) en base a la presentación de responsables y personal, la información y la formación básica.
Proyecto clave 3. Desarrollo Profesional
Objetivo: Dar consistencia al personal no farmacéutico en aquellos conocimientos técnicos que permiten entender y desarrollar su trabajo con criterio.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Mejora de la formación continuada. – Mejora de la formación por cambios tecnológicos. – Desarrollo de actividades formativas complementarias.
Proyecto clave 4. Mejora de la participación y el empowerment
Objetivo: Desarrollar las responsabilidades del personal para el desarrollo de la corresponsabilidad, el reconocimiento y el mejor control de la actividad.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Participación en la gestión operativa de áreas. – Definir y desplegar sistema de responsabilidades específicas. – Estudio de desarrollo de la delegación por puestos de trabajo. – Desarrollo de la utilización de grupos focales y equipos de mejora.
Proyecto clave 5. Redefinición del sistema de rotaciones
Objetivo: Desarrollar sistemas de rotación equitativos que maximicen la flexibilidad del personal del Servicio de Farmacia sin menoscabo de la efectividad en el trabajo a realizar.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Diseño de la secuencia y criterios de rotación. – Organización de las rotaciones. – Definición de la comunicación asociada a las rotaciones. – Definición de la formación y supervisión asociada a las rotaciones.
Proyecto clave 6. Análisis y racionalización de cargas de trabajo
Objetivo: Identificar las situaciones con "picos" en la carga de trabajo para mejorar la efectividad y las personas en la realización de dichas actividades.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Mejora de la asignación de personal a los puestos de trabajo para minimizar los picos de carga de trabajo.
Proyecto clave 7. Estrategia de gestión de recursos externa
Objetivo: Desarrollar y proponer un plan de contratación de personal adecuado a las necesidades del Servicio de Farmacia, en cuanto a la formación requerida para el trabajo realizado y a la carga de trabajo existente en el mismo.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Estrategia para que el SF tenga consideración de servicio especial en la asignación de personal. – Estrategia para la adecuación de recursos a la carga de trabajo real en las interrelaciones con los responsables del hospital.
Proyecto clave 8. Sistema de reconocimiento

Objetivo: Desarrollar un plan de reconocimiento al trabajo por parte de los responsables directos de cada trabajador.

Actividades:

- Incluir reconocimientos explícitos por parte de los responsables en las reuniones oficiales.
- Formación a los responsables en reconocimiento.

4.3.5.3.3. Plan de atención a las personas

Durante el *Plan de Mejora 500+*, se estructuró el plan de atención a las personas, que completa el despliegue de la gestión de los procesos a los procesos de gestión de personas, y que implica tanto al personal farmacéutico como al personal no farmacéutico. Está basado en el desarrollo de:

- *Gestión laboral flexible y personalizada*, en el marco de la regulación pública a la que se está sometido el SF, que garantiza aspectos de estabilidad, igualdad, etc. y establece los beneficios sociales.
- *Sistema de remuneración*, establecido para la función pública, sobre el que el SF adopta medidas adicionales derivadas de su participación en proyectos de investigación (desarrollo de beneficios de formación, desarrollo profesional mediante la asistencia a congresos, etc., financiados por el propio SF).
- *Sistema de reconocimiento*, basado en la explicitación pública de los responsables de los premios y reconocimientos externos, la asistencia a congresos y foros sectoriales en función de su contribución técnica, la reordenación funcional de tareas para la participación en docencia e investigación, el reparto del 50% de lo obtenido en premios y becas para los implicados en su obtención, etc.
- *Sistema de gestión de prevención de riesgos laborales específico para el SF* (además del general del HGUGM) que trabaja de forma más relevante sobre los riesgos propios, con sistemáticas sobre control de ruidos, control de residuos, control de temperatura y presión en ámbitos controlados, sistema de vacunaciones, sistemática de formación prevención de riesgos, etc.

4.3.5.4. Criterio 4: Alianzas y Recursos

4.3.5.4.1. Gestión de aliados

Durante el *Plan de Mejora 500+*, se revisó el proceso de gestión de alianzas y se actualizaron los principales aliados del SF. Estos son:

- *Proveedores técnicos y tecnológicos*, con los que se desarrollan proyectos de innovación e investigación a través de acuerdos marco y/o proyectos de colaboración específicos en ámbitos como los sistemas de información, los sistemas logísticos y de preparación de medicamentos.
- *UA del HGUGM*, con los que se desarrollan múltiples proyectos de colaboración para la mejora del uso del medicamento (proyectos conjuntos de mejora enfocados a la mejora de la eficacia de los tratamientos, a la seguridad para el paciente, y a la eficiencia de uso).
- *Organizaciones sectoriales como la SEFH o el SERMAS*, con los que se colabora en equipos de trabajo, y *el HGUGM*, con el que se colabora en comisiones para el desarrollo de una farmacoterapia eficaz, segura y eficiente.

Se estableció una sistemática para la identificación de necesidades y expectativas de los aliados recogida en las Voces y basada en: relaciones asociadas a los acuerdos de colaboración y a su seguimiento sistemático (negociaciones, reuniones de organización y seguimiento de proyectos, etc.) llevadas a cabo entre los aliados y los responsables de proyecto y/o coordinadores de áreas y a través de las encuestas a aliados que se realizan desde 2012. Asimismo, las evaluaciones EFQM internas y externas son una herramienta para identificar necesidades y expectativas de todos los GI, entre los que se encuentran los aliados. A través de estos mecanismos, se ha mejorado la participación de los aliados en el proceso de planificación estratégica.

A partir de la información obtenida, se han evaluado actuaciones del SF con respecto a los aliados en aspectos como: cumplimiento de compromisos, información y comunicación sobre decisiones adoptadas, adecuación de acuerdos, accesibilidad y trato de los profesionales del SF, etc. Además se han establecido los indicadores del proceso para evaluar las medidas de aprendizaje y mejora sobre la eficacia de la gestión de alianzas:

- Número de alianzas existentes.
- % alianzas valoradas positivamente.
- Índice satisfacción general de los aliados.
- Índices específicos de satisfacción de los aliados.

4.3.5.4.2. Plan Estratégico de *iPharma*

A pesar de que no existe un área de mejora relacionada con la gestión de *iPharma*, cabe destacar que durante el *Plan de Mejora 500+*, se desarrolló un Plan Estratégico específico para la plataforma de *iPharma*, ya que se considera que la investigación e innovación deben tener

una perspectiva estratégica propia dentro del marco estratégico del SF que, entre otras cosas, permitan una gestión más eficaz de las alianzas y las colaboraciones. En la **Tabla 60** se presentan los procesos clave y en la **Figura 20**, las líneas estratégicas de investigación e innovación. Asimismo, se han establecido indicadores de rendimiento que garantizan el seguimiento de los procesos de investigación e innovación (**Tabla 61**)

Tabla 60. Plan Estratégico iPharma 2015-2020: procesos clave

1. Desarrollo de la investigación
<ul style="list-style-type: none"> – Impulsar la orientación de la investigación a la aplicación de sus resultados en salud, seguridad y eficiencia. – Sistematizar la investigación del Servicio de Farmacia. – Incrementar la calidad de la investigación. – Desarrollar una política de alianzas intrainstitucionales. – Reforzar la cultura de investigación con alianzas interinstitucionales (sociedades científicas/ hospitales/ institutos/ universidades/ asociaciones de pacientes). – Acreditación calidad iPharma.
2. Transferencia y difusión de resultados
<ul style="list-style-type: none"> – Internacionalización. – Visibilidad / Imagen. – Llevar el conocimiento a la práctica (transferencia).
3. Desarrollo de recursos
<ul style="list-style-type: none"> – Dotar al SF del capital humano investigador. – Promover la elaboración de actividades formativas. – Garantizar la sostenibilidad financiera de la investigación.

Figura 20. Líneas de investigación e innovación iPharma 2015-2020

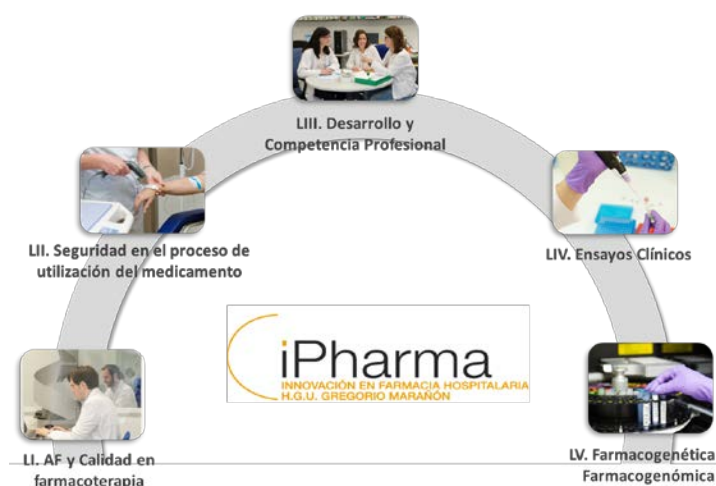


Tabla 61. Indicadores de rendimiento de investigación e innovación: fase Plan de Mejora 500+

Publicaciones	Nº publicaciones totales
	Nº publicaciones propias
	Nº publicaciones compartidas
	Nº publicaciones indexadas
	Nº publicaciones no indexadas
	Factor de impacto
	Factor de impacto acumulado en 5 años
Comunicaciones	Comunicaciones a congresos nacionales
	Comunicaciones a congresos internacionales
	Nº congresos a los que se han presentado comunicaciones
	Ratio publicaciones/comunicaciones
Patentes o registros de propiedad intelectual	
Tesis doctorales realizadas	
% de doctores en el Servicio de Farmacia	
Premios recibidos a proyectos de investigación/innovación	
Ponencias en cursos y jornadas	

4.3.5.4.3. Gestión de la innovación

Durante el *Plan de Mejora 500+*, se ha reestructurado la gestión de la innovación en 4 líneas:

1. Innovación farmacoterapéutica (ya establecida en el *Plan de Mejora 300+*, ver apartado 4.2.2.4.6)
2. Innovación tecnológica (ya establecida en el *Plan de Mejora 300+*, ver apartado 4.2.2.4.7).
3. Innovación en servicios, a través de dos líneas de trabajo: la mayor especialización y valor añadido a los profesionales (organización funcional por patologías, inclusión de farmacéuticos en los equipos asistenciales) y a través de la individualización de la terapia (servicios de farmacocinética y farmacogenética)
4. Innovación en tecnología de sistemas de información: desarrollo de aplicaciones propias para la mejora de la eficiencia, eficacia y seguridad de la gestión de medicamentos, en colaboración con sus aliados.

En esta última línea de innovación en tecnología de sistemas de información, destacar que el SF dispone de sistemas que le permiten mantener un alto grado de automatización en su actividad, fruto de un trabajo constante de investigación e innovación en este campo, ya que muchos de sus sistemas son de desarrollo propio con aliados. Durante el *Plan de Mejora 500+*, se han realizado las siguientes mejoras:

- Traspaso de servidores propios a servidores del HGUGM, lo que le confiere mayor seguridad, integridad y monitorización.

- Mejoras continuas en la funcionalidad de todos los sistemas de desarrollo propio (inclusión de consultas en base de datos de prescripción y validación, módulos específicos del sistema *Farhos*, desarrollo sistema documental de carpetas en intranet, extensión de la prescripción electrónica a más del 80% del hospital, etc.)
- Desarrollo de cuadros de mando para la gestión
- Proyecto HIGEA (Herramienta inteligente para una monitorización intensiva de la farmacoterapia): sistema de soporte a la toma de decisiones clínica que permite una validación de los tratamientos con mayor detección de errores de prescripción, y supone una mejora importante en la seguridad de los pacientes así como un ahorro para la institución. Dicha herramienta integra diferentes sistemas de información clínica e incorpora el conocimiento necesario para la toma de decisiones mediante reglas clínicas y generación de alertas relacionadas con: ajuste posológico según la función renal, ajuste de la terapia anticoagulante/antiagregante, individualización de la farmacoterapia según cinética/genética, detección de toxicidades bioquímicas/hematológicas y ajuste de la terapia antiinfecciosa.

4.3.5.4.4. Gestión del conocimiento: sistema de gestión bibliográfica con la herramienta Twitter

Durante el *Plan de Mejora 500+* se ha creado la cuenta Twitter del SF, @farma_gregorio, con el objetivo de mejorar la gestión del contenido bibliográfico en el SF: presentar los contenidos bibliográficos en las sesiones mensuales destinadas a tal efecto en el SF, a las que asiste todo el personal farmacéutico, de investigación, residentes y la Supervisora de Enfermería y difundirlos a nivel externo a través de la red social. Para ello, se distribuye el contenido bibliográfico a generar por farmacéutico y área de conocimiento y se seleccionan las revistas de interés. Se realiza una planificación trimestral de forma que cada semana se difunde lo más relevante de un área de conocimiento. Se utiliza un programador para el envío del contenido bibliográfico (Hootsuite®).

La red social Twitter es una herramienta para sistematizar la gestión del conocimiento a nivel interno del SF, debido a que permite la participación, actualización y aprendizaje continuo del personal, y además es una herramienta de comunicación y difusión a nivel externo, tanto para pacientes como para otros profesionales sanitarios.

4.3.5.5. Criterio 5: Procesos

4.3.5.5.1. Gestión de procesos

El SF actualizó su estructura de gestión de procesos, basada en tres mecanismos básicos escalonados:

1. La planificación estratégica y despliegue a Plan Anual: para cada estrategia, se identifican los procesos clave y se añaden líneas de actuación.
2. La gestión de procesos: los responsables de procesos estructuran los mismos, supervisan su marcha a lo largo del año y anualmente realizan la *ficha de control de proceso* donde analizan cualitativa y cuantitativamente los resultados de los mismos y establecen las áreas de mejora y objetivos para el año siguiente. En la **Tabla 62** se presenta, a modo de ejemplo, la ficha de proceso del año 2014 para la *Docencia farmacéutico no residente*.
3. La gestión operativa: los responsables de área, junto con personal clave de las mismas, se reúnen periódicamente (semanal, quincenal o mensualmente, según las características de su actividad) para analizar la problemática organizativa y de funcionamiento de las actividades del área y establecer las acciones correctivas pertinentes.

Tabla 62. Ficha de proceso: Docencia farmacéutico no residente (año 2014)

PROCESO		DOCENCIA PERSONAL FARMACÉUTICO NO RESIDENTE						AÑO: 2014							
INDICADORES				HISTÓRICO		OBJETIVO				RESULTADO					
Nota media evaluación cursos recibidos				---		≥9,35				9,8/10					
Media de cursos realizados por adjunto/año				---		≥ 3				3,2					
Créditos adjunto/año				---		≥ 10				12,3					
Horas adjunto/año				---		≥ 75				76					
Nota media evaluación cursos que reciben becarios				---		≥9,35				9,7/10					
Media de cursos realizados por becarios/año				---		≥ 3				2					
Créditos becario/año				---		≥ 10				12,6					
Horas becario/año				---		≥ 75				78					
Certificación de los dos tipos de sesiones del Servicio de Farmacia				Sí		Sí				Sí					
PLAN ACTUACIÓN															
ACCIONES PREVISTAS				PLAZO / REAL											
Elaboración de una base de datos para el registro de la encuesta de satisfacción de cursos realizados de manera informatizada.				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						x									

SEGUIMIENTO PLAN DE ACTUACIÓN			
PROBLEMA / DESVIACIÓN	FECHA	ACCIÓN CORRECTORA	SITUACIÓN / RESULTADO
Olvido en el registro en la base de datos de las actividades formativas a las que asisten el personal farmacéutico no residente.	junio	Envío bimensual de un email recordatorio	En curso
CONCLUSIONES ANÁLISIS INDICADORES			
<ol style="list-style-type: none"> En 2014, se inicia la ficha de control de proceso “Docencia personal farmacéutico no residente”. Por este motivo, no se puede comparar aún los resultados de cada indicador con los obtenidos en el año anterior. En el indicador “Nota media evaluación cursos que reciben” se toma como referencia la puntuación establecida en la ficha de procesos “Docencia Residentes” (9,35/10). La nota media obtenida es elevada (9,8/10). La media de cursos realizados por adjunto es de aproximadamente 3 cursos por año y de farmacéuticos becarios especialistas, de 2 por año. Dos cursos son obligatorios para todo el personal del Servicio porque corresponden a la acreditación de las sesiones de servicio y de investigación del Servicio: “Actualización en farmacoterapia y nuevas tecnologías relacionadas con la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos” (6,5 Créditos. 40 horas) e “Innovación farmacéutica y medicina personalizada” (6,1 créditos. 38 horas). Por tanto, aún existe margen de mejora para aumentar el número de cursos y créditos obtenidos por el personal farmacéutico no residente del Servicio. 			
CONCLUSIONES ANÁLISIS ESTABILIDAD Y FUNCIONAMIENTO			
Se ha diseñado una base de datos para el registro informatizado de los cursos realizados por el personal adjunto del Servicio. Sin embargo, se detecta una infranotificación. Se decide enviar un email de recordatorio con frecuencia bimensual.			
ANÁLISIS DE IMPACTO EN LA ESTRATEGIA			
Estas actividades van encaminadas a mantener al personal farmacéutico no residente actualizado sobre las últimas novedades farmacoterapéuticas para poder ofrecer una atención de calidad a pacientes y profesionales sanitarios.			
PROPUESTAS DE MEJORA AÑO SIGUIENTE			
PROPUESTAS	PRIORIDAD		
	A	B	C
1. Envío bimensual de email recordatorio del registro.	X		
2. Envío trimestral de email con un resumen de los cursos de formación de interés para la especialidad	X		

4.3.5.5.2. Gestión de las relaciones con los clientes internos

En las áreas de mejora de las evaluaciones, se detectaron necesidades a nivel de la gestión de la relación con los clientes internos, por lo que durante el *Plan de Mejora 500+* se revisó el proceso de relación, desarrollando varios enfoques orientados a la utilización de la información extraída de las encuestas y la comunicación de resultados y planes de mejora:

- *Revisión de la interrelación y colaboración con UA*, a través de mecanismos como: grupo PRODI con enfermería, proyectos multidisciplinarios con UA, estructura funcional por patologías para atender a los UA, presencia sistemática en comisiones y comités del HGUGM, adscripción directa de farmacéuticos a UA específicos, servicios de asesoramiento personalizado a los profesionales, etc.
- *Revisión de los sistemas de atención de quejas y reclamaciones, encuestas a facultativos y enfermería de las UA*. Durante el *Plan de Mejora 400+*, se estableció un periodo de reflexión en el que no se realizaron encuestas a clientes internos, con el objetivo de

comprender mejor los resultados obtenidos en las encuestas previas y las necesidades de los mismos y establecer las mejoras necesarias para mejorar la gestión con estos GI. Tras este periodo, se han reanudado las encuestas de satisfacción a los clientes de las UA obteniendo resultados muy satisfactorios.

4.3.5.5.3. Competidores clave y plan de marketing

El SF no tiene competidores directos puesto que actúa en un mercado restringido y definido como un servicio público. Ahora bien, si existe un cierto carácter de competencia en la obtención de resultados y en el posicionamiento en el entorno de la FH. Los SF que se toman como referencia a nivel del SERMAS son los de los hospitales: La Paz, Clínico San Carlos, La Princesa, Doce de Octubre, Ramón y Cajal y Puerta de Hierro.

Se realiza *benchmarking* con estos SF a nivel de determinados indicadores de los que se puede obtener comparaciones (indicadores PAS, Índice ISMP-España, etc.), si bien es necesario realizar un *benchmarking* más sistemático para todos los procesos del SF a través del establecimiento de alianzas concretas para el desarrollo del objetivo.

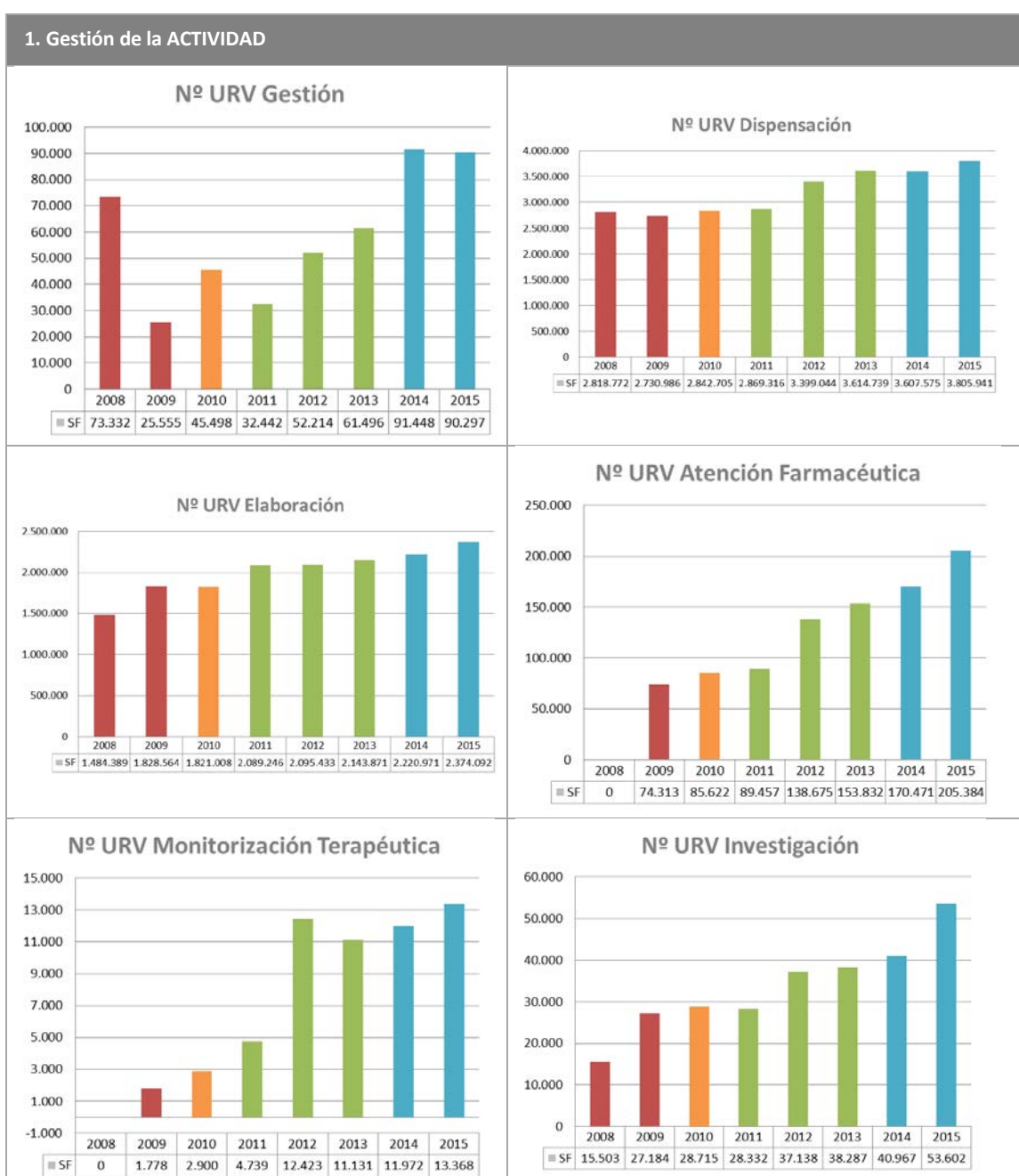
En el contexto del objetivo fundamental de *Ser referencia en el sector sanitario*, se incluyó una estrategia que tiene como objetivo desarrollar y consolidar un plan de marketing proactivo que permita conocer el SF en todo su entorno sanitario.

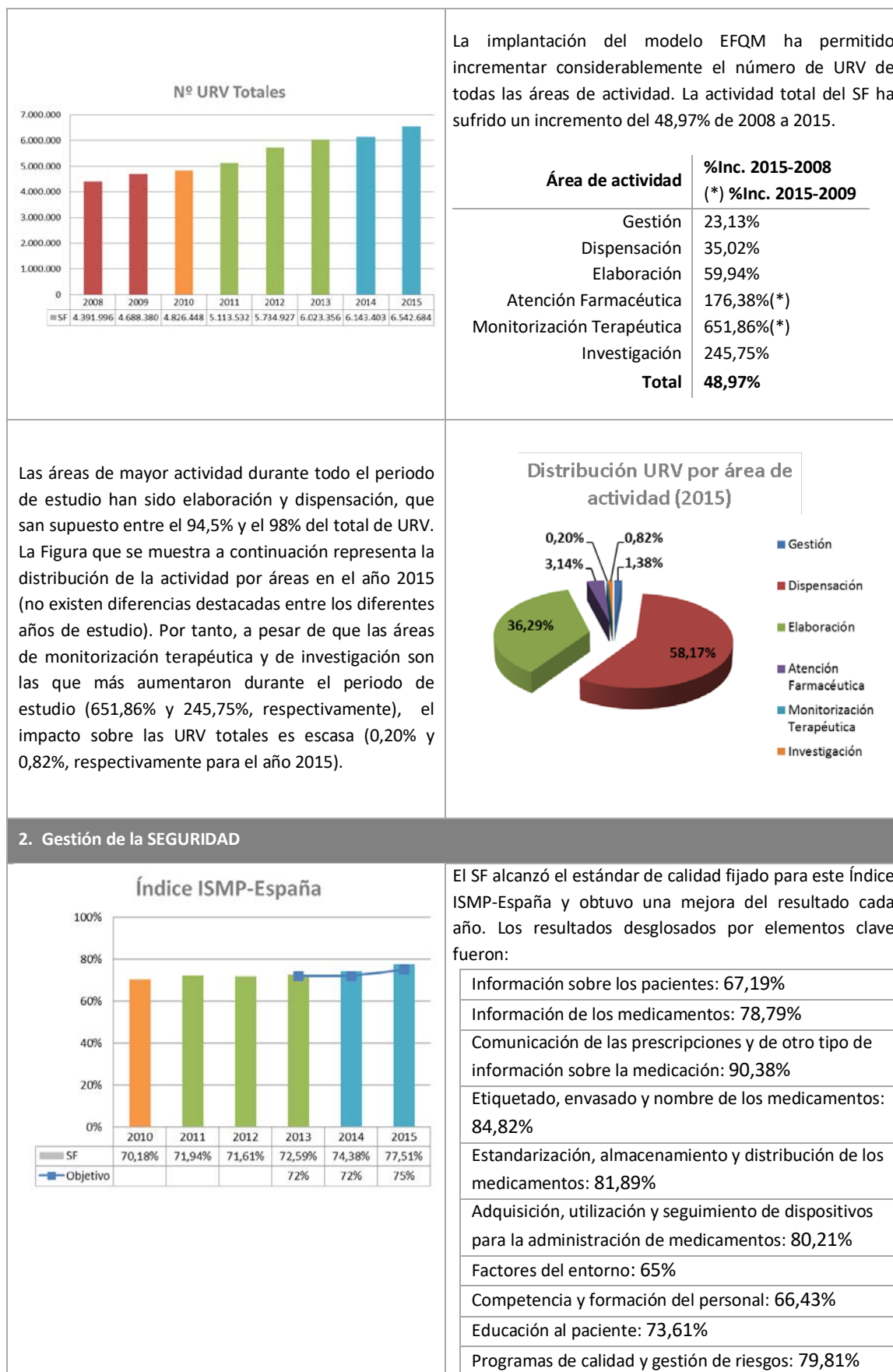
4.3.6. ANÁLISIS POST₃-IMPLANTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES CLAVE RELACIONADOS CON EL SGC DEL SERVICIO DE FARMACIA Y COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS PREVIOS

A pesar de que el *Plan de Mejora 500+* no ha finalizado, se presentan, en la **Tabla 63**, los resultados de los indicadores clave hasta el año 2015, en la fase post-implantación del modelo EFQM (post₁, post₂ y post₃). Se introdujo un nuevo indicador clave para validar el modelo: Índice sintético (eficiencia de la farmacoterapia).

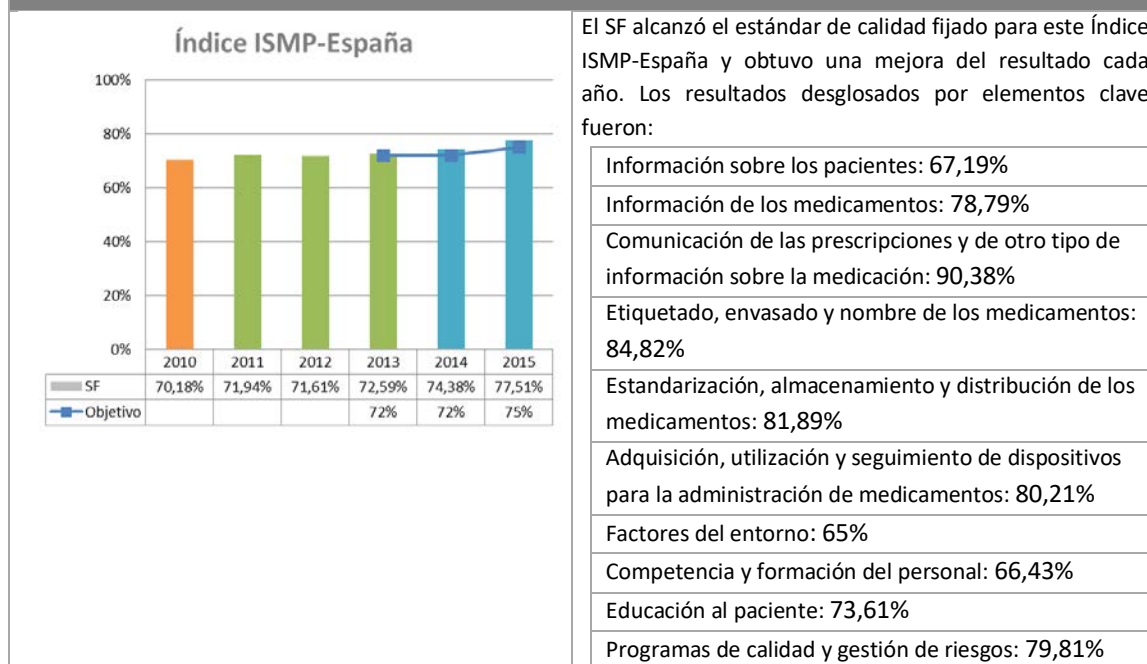
Tabla 63. Resultados de indicadores clave: fase post₃-implantación del modelo EFQM (hasta 2015). Se presentan en color rojo, los resultados correspondientes a la fase pre; en color naranja, los resultados correspondientes a la fase post₁; en color verde, los resultados correspondientes a la fase post₂; en color azul, los resultados correspondientes a la fase post₃. Los resultados se expresan con * cuando presentan una $p < 0,05$ frente a control (fase pre-implantación) y con # cuando presentan una $p < 0,05$ frente a la fase inmediatamente anterior siempre que ésta no sea la fase control.

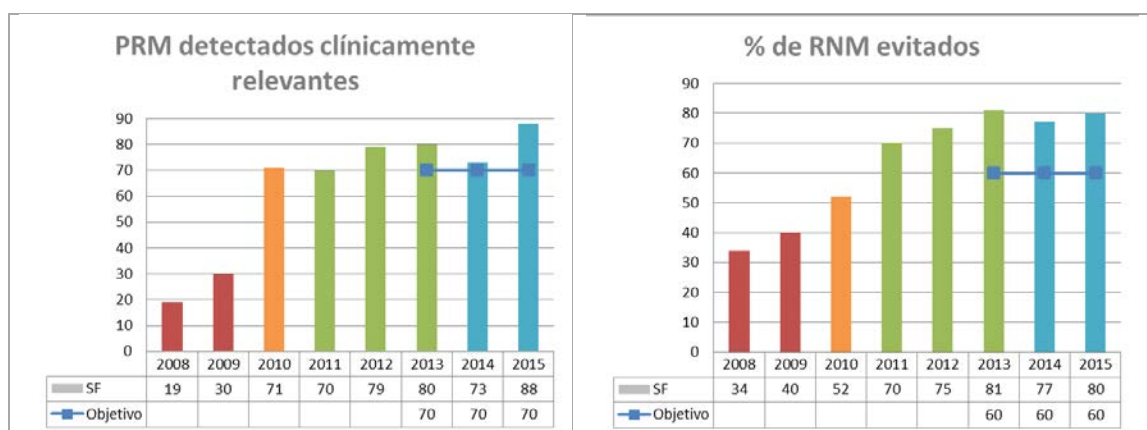
	Fase pre-implantación
	Fase post ₁ -implantación
	Fase post ₂ -implantación
	Fase post ₃ -implantación



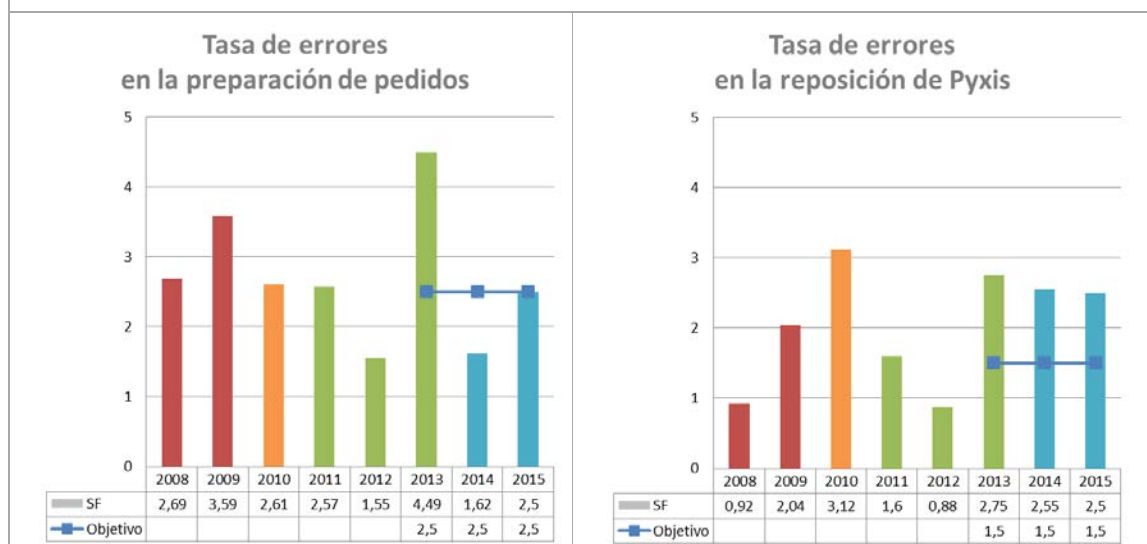


2. Gestión de la SEGURIDAD

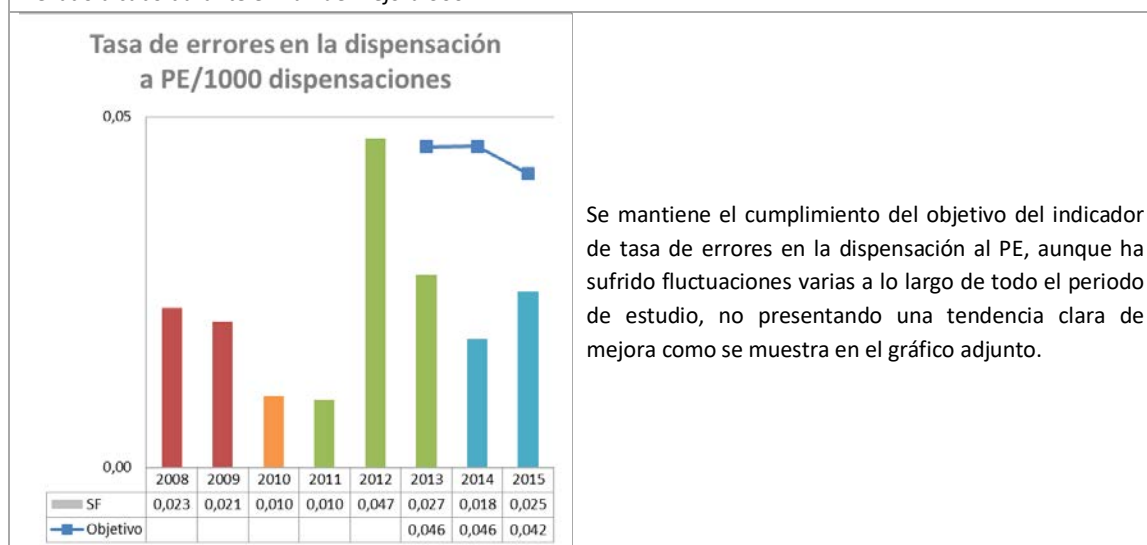




El nuevo modelo de gestión que organizó al personal farmacéutico por áreas de conocimiento asignó mayores recursos de personal farmacéutico para el seguimiento de la farmacoterapia de todos los pacientes (ingresados, externos o ambulatorios). Este cambio organizativo permitió lograr un mayor impacto en la validación como muestra el incremento en el nº de PRM detectados y el % de RNM evitados

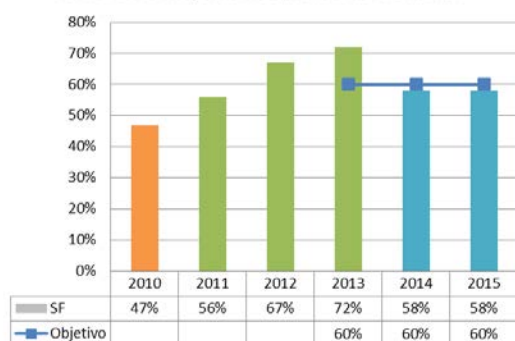


Se han recuperado los indicadores de tasa de errores en la preparación de pedidos y la tasa de errores en la reposición de Pyxis gracias a la formación específica que se ha establecido al personal auxiliar responsable de los procesos. Dicha formación estaba integrada en el plan de mejora de la gestión del personal no farmacéutico llevado a cabo durante el *Plan de Mejora 500+*.

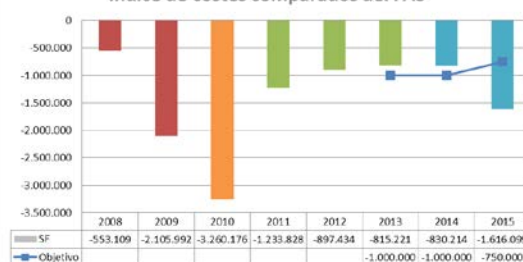


3. Gestión de la EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

% de Indicadores del PAS en los que el SF está entre los 3 mejores hospitales del SERMAS



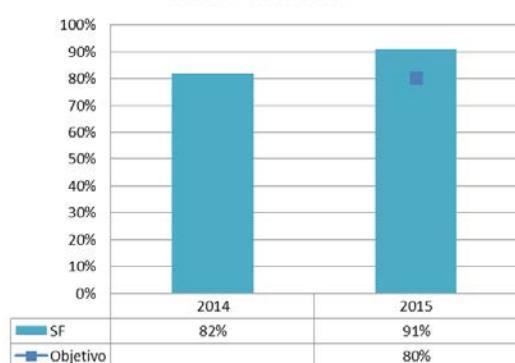
Índice de costes comparados del PAS



El porcentaje de indicadores del PAS en los que el SF del HGUGM se encuentra entre los 3 mejores del SERMAS se ha incrementado del 47% al 72% en 2013 (fase post₂ correspondiente al *Plan de Mejora 400+*), aunque sufre una disminución hasta el 58% en los años 2014 y 2015, situándose por debajo del objetivo propuesto del 60%.

Sin embargo, el índice de costes comparados del PAS muestra la tendencia contraria: ha presentado un ahorro con respecto a la tarifa media del SERMAS en descenso hasta 2013, y muestra una tendencia de mayor ahorro durante el *Plan de Mejora 500+*, alcanzando el dato de más de 1,5 millones de euros, aunque aún queda alejado del resultado que se obtuvo en 2010 cercano a los 3,3 millones de euros.

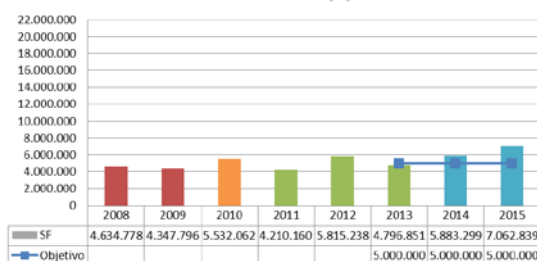
Índice sintético



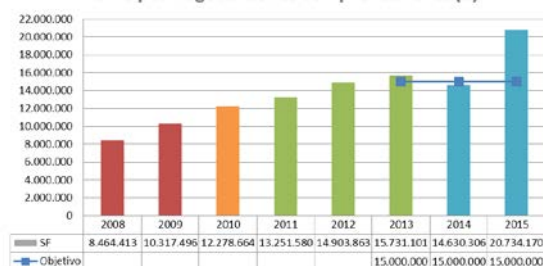
Se ha incluido el índice sintético entre los indicadores clave de gestión de la eficiencia de la farmacoterapia a pesar de que es la última fase post-implantación del estudio debido a la importancia del indicador. Asimismo, se ha considerado comparable entre los dos años que comprende la fase post₃ a pesar de no ser un indicador estático.

En él se muestra un resultado muy favorable y con tendencia positiva en los dos años, fruto de la gestión presupuestaria del SF y de los ahorros obtenidos por los diferentes procesos. Se cumple el indicador propuesto para 2015.

Ahorro por mejoras en el uso del medicamento (€)



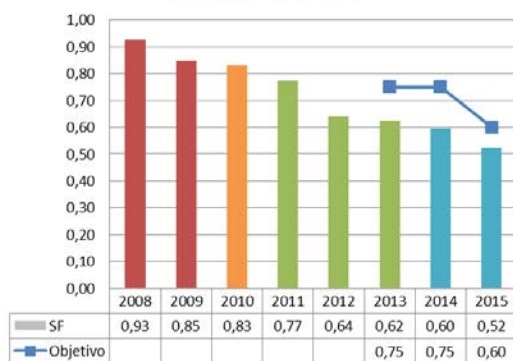
Ahorro por negociaciones con proveedores (€)



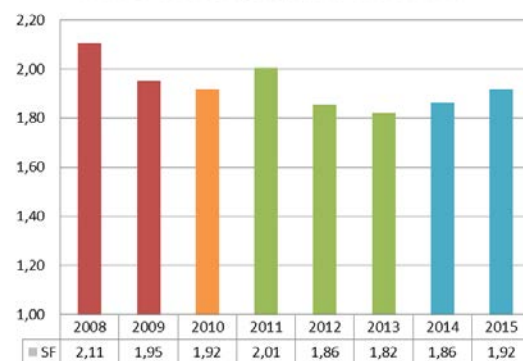
Los resultados en la gestión de la eficiencia económica del Hospital en el uso del medicamento son excelentes, fruto de las estrategias relacionadas con la negociación constante con proveedores, protocolización del uso del medicamento, proyectos específicos de eficiencia en las patologías más caras, tal y como se pone de manifiesto en los indicadores de ahorro establecidos. Ambos resultados superan el objetivo propuesto para el año 2015.

4. Gestión de la EFICIENCIA Y RENTABILIDAD DEL SF

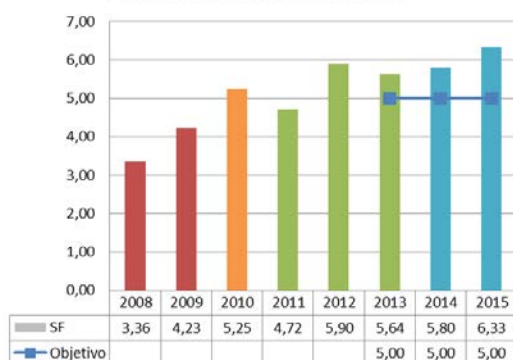
Coste de URV (€)



Índice de complejidad de la URV



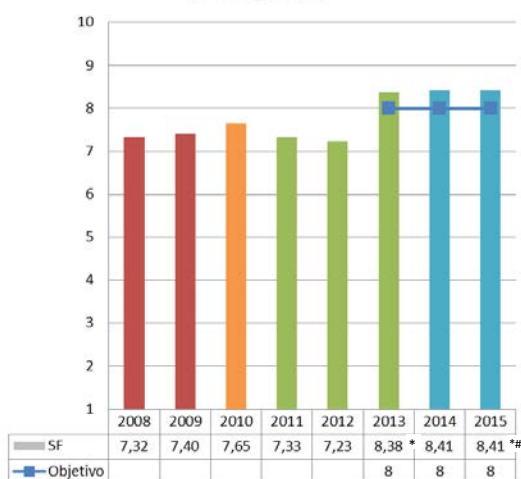
Rentabilidad económica



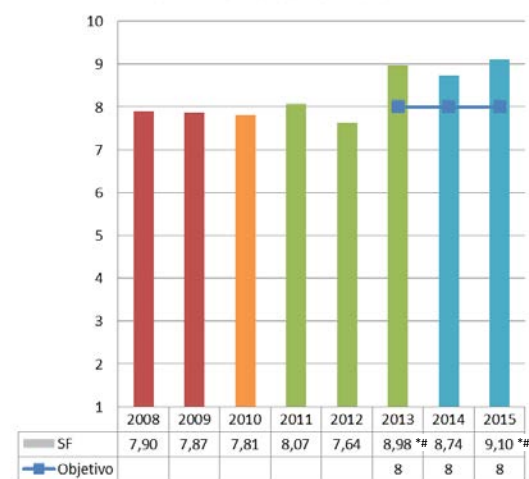
El coste de la URV y la rentabilidad económica mejoran a lo largo de todo el periodo de estudio, a la vez que el Índice de complejidad de la URV sufre fluctuaciones ligeras de incremento y disminución a lo largo de todo el periodo de estudio sin una tendencia clara. Estos resultados demuestran que el SF es capaz de realizar más actividades, de complejidad similar, con una plantilla estable y produciendo un retorno de costes mayor gracias a las mejoras organizativas y especialmente a las mejoras de innovación tecnológica que mejoran la eficiencia y la rentabilidad año a año.

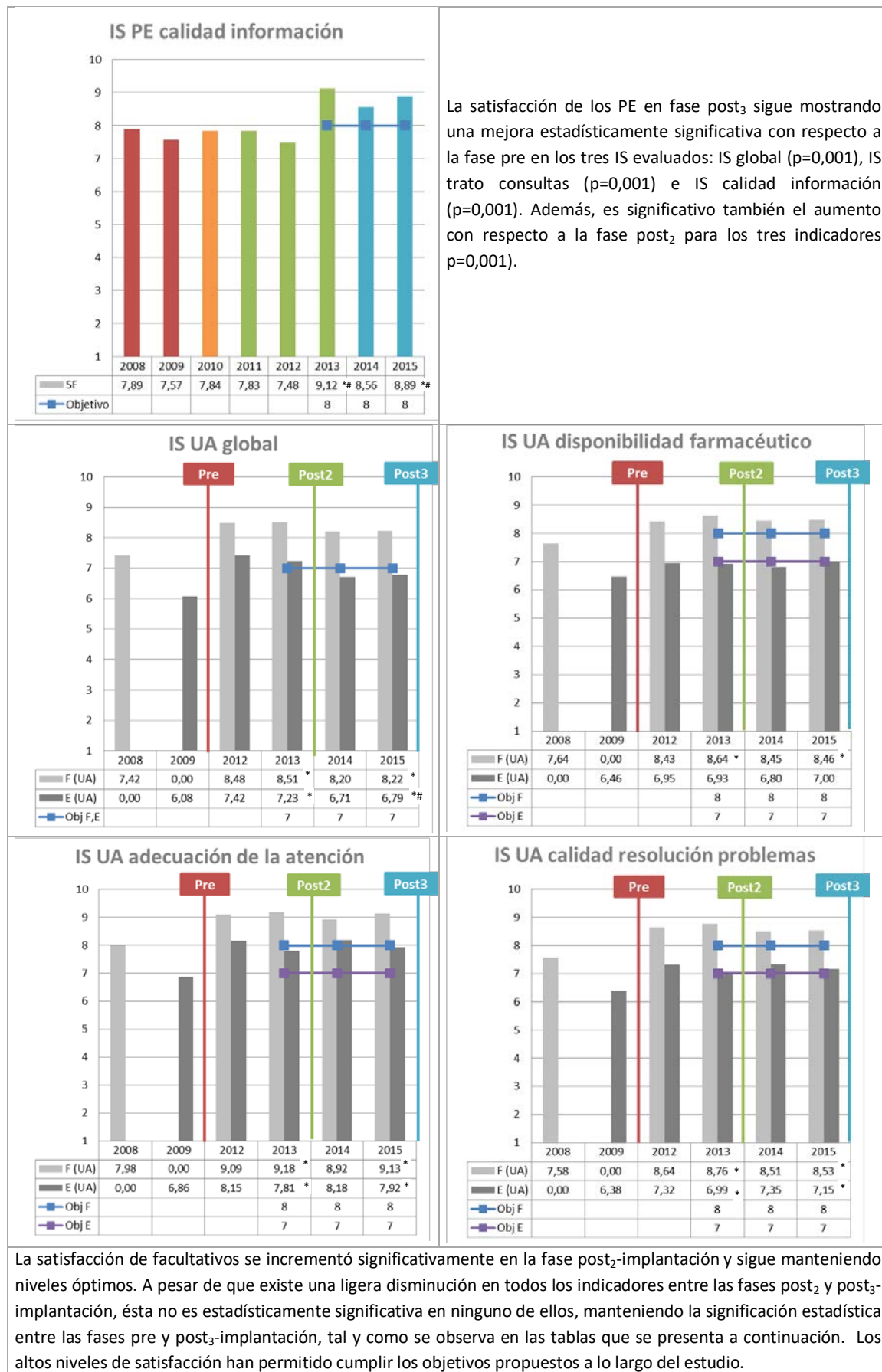
5. Gestión de los CLIENTES

IS PE global



IS PE trato consultas

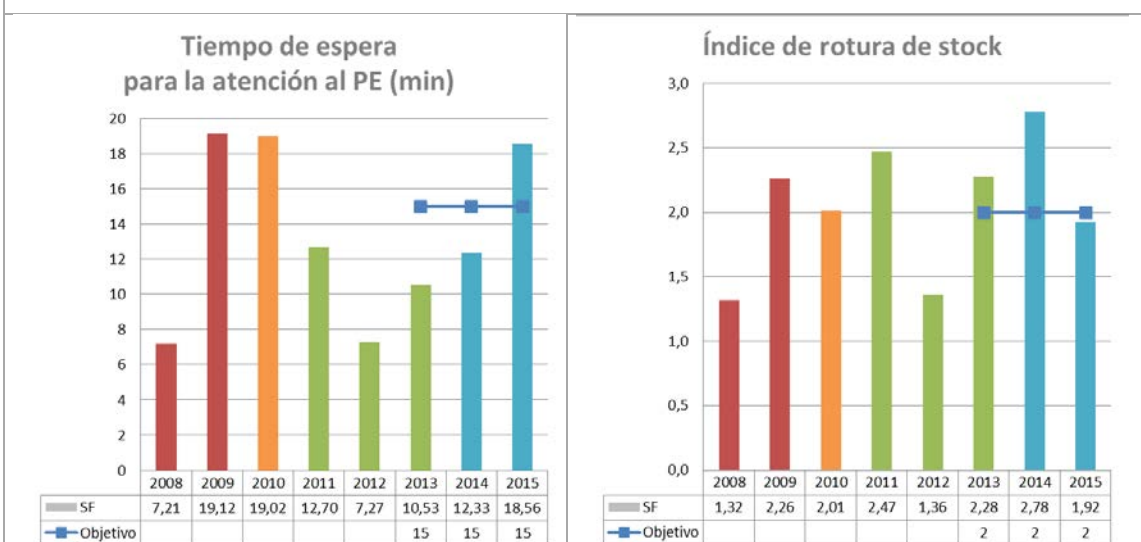




IS Facultativos (UA) global		IS Facultativos (UA) disponibilidad farmacéutico		IS Facultativos (UA) adecuación de la atención		IS Facultativos (UA) calidad resolución problemas	
análisis	p	análisis	p	análisis	p	análisis	p
pre-post3	0,002	pre-post3	0,010	pre-post3	0,000	pre-post3	0,001
post2-post3	0,180	post2-post3	0,754	post2-post3	0,563	post2-post3	0,430

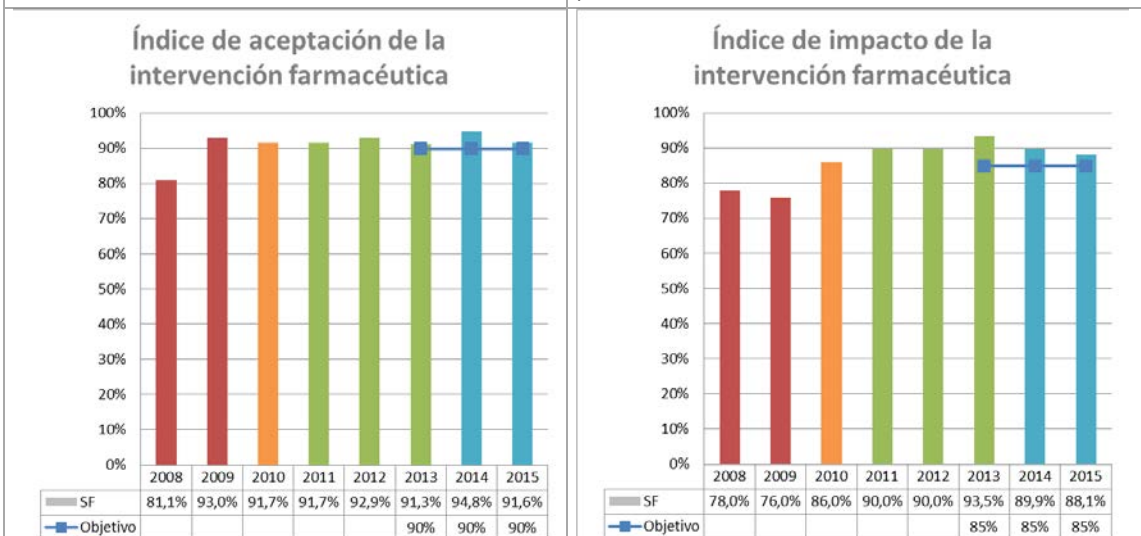
Con respecto al grupo de enfermería, se mantienen las diferencias significativas entre la fase pre y post₃ en la satisfacción global, y con respecto a la adecuación de la atención y la calidad de resolución de problemas; sigue sin haber diferencias significativas en la satisfacción con la disponibilidad del farmacéutico. Con respecto al análisis de diferencias entre las fases post₂ y post₃-implantación, únicamente destaca la diferencia significativa en el descenso de IS global, a pesar de que en el resto de indicadores de satisfacción no se observaron diferencias.

IS Enfermería (UA) global		IS Enfermería (UA) disponibilidad farmacéutico		IS Enfermería (UA) adecuación de la atención		IS Enfermería (UA) calidad resolución problemas	
análisis	p	análisis	p	análisis	p	análisis	p
pre-post3	0,014	pre-post3	0,097	pre-post3	0,001	pre-post3	0,001
post2-post3	0,003	post2-post3	0,834	post2-post3	0,665	post2-post3	0,674



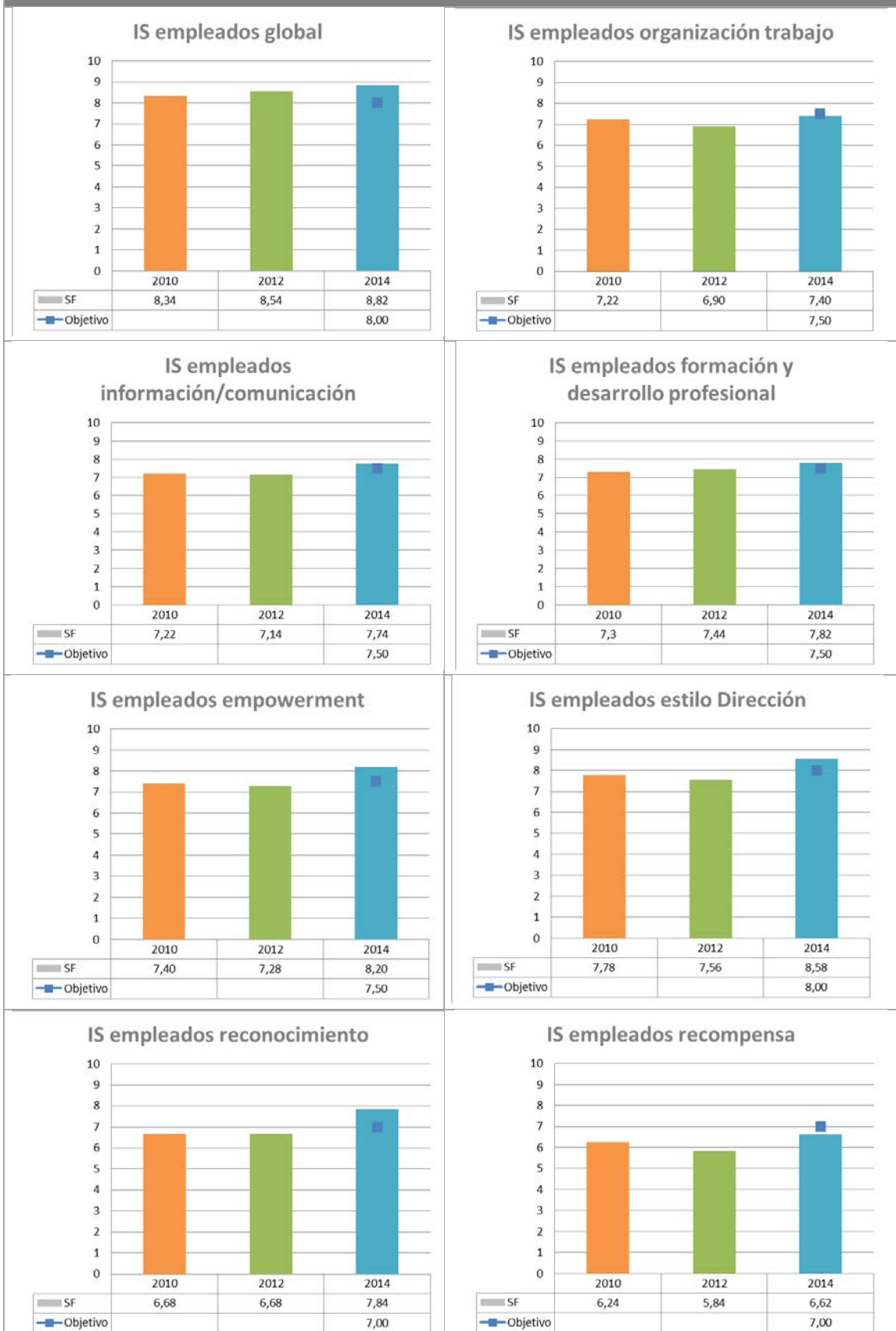
La implantación del nuevo modelo permitió reducir los tiempos medios de espera, aunque en la fase post₃ se observa una tendencia al incremento de este indicador.

El índice de rotura de stock ha sufrido variaciones durante el *Plan de Mejora 500+* al igual que durante todo el periodo de estudio.



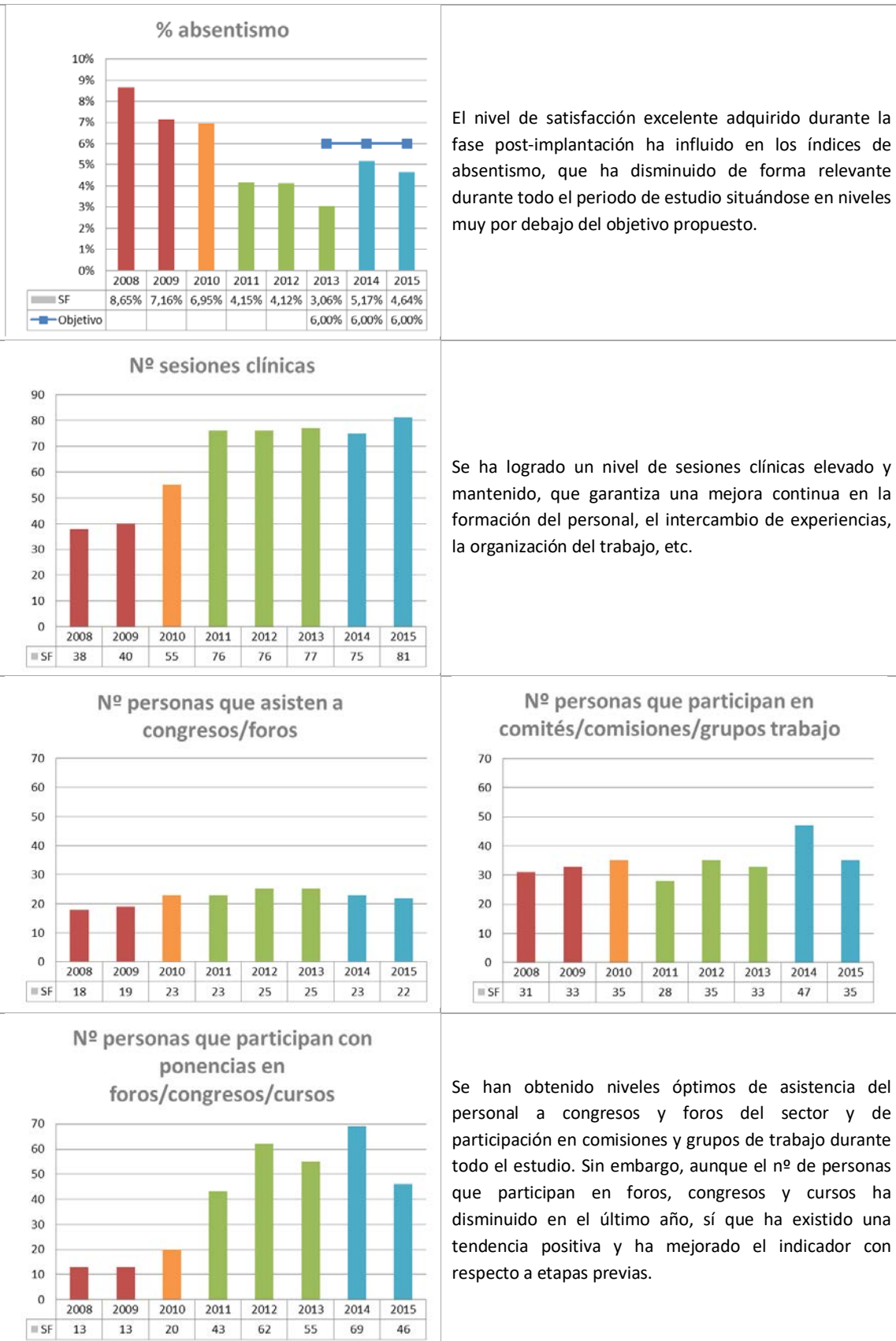
Los índices de aceptación e impacto de la intervención farmacéutica han conseguido resultados excelentes y mantenidos tras la implantación del modelo de gestión de la excelencia.

6. Gestión de las PERSONAS



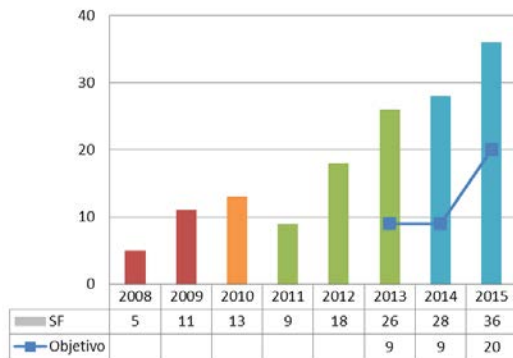
Tras la implantación del plan de mejora de la gestión del personal no farmacéutico, existe una gran cantidad de herramientas de comunicación, participación, desarrollo profesional, reconocimiento y organización de trabajo no

sólo para el personal farmacéutico, sino también para el personal de enfermería del SF, lo que ha supuesto una mejora en la satisfacción de este personal y a su vez en los IS agrupados para todo el personal. El único indicador que se sitúa por debajo del objetivo propuesto es la satisfacción relacionada con la recompensa. La participación del personal en la encuesta de satisfacción supera el 94% en el año 2014.

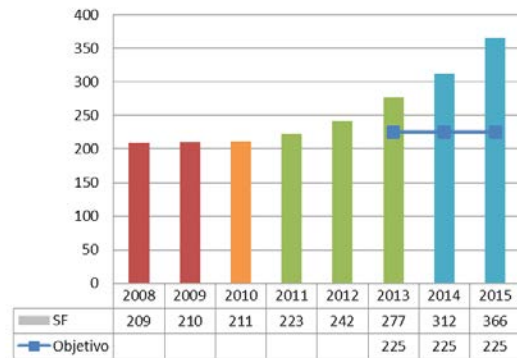


7. Gestión del IMPACTO SOCIAL

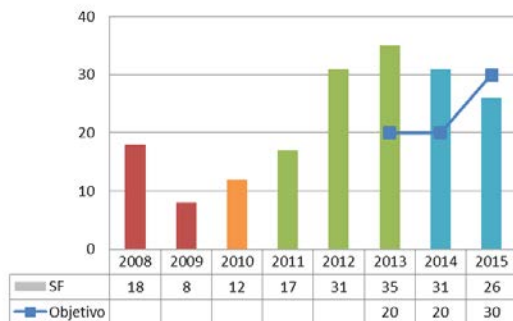
Nº de proyectos de investigación



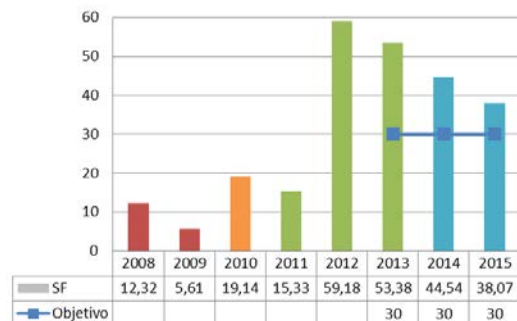
Nº de ensayos clínicos



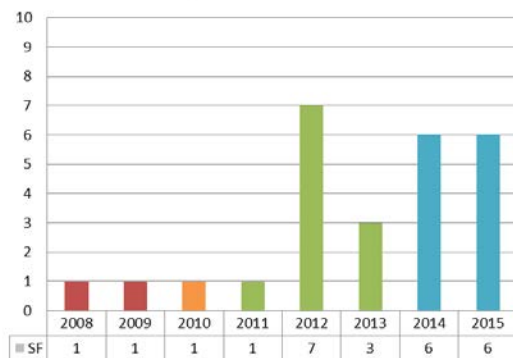
Nº de publicaciones en revistas científicas



Factor de impacto de publicaciones

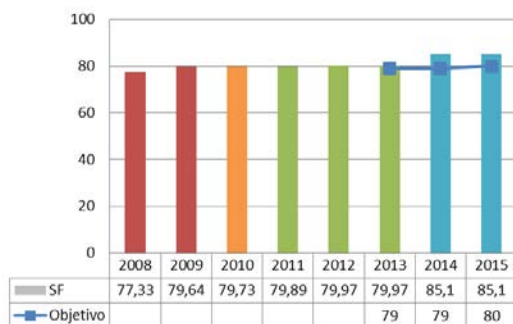


Nº de premios recibidos

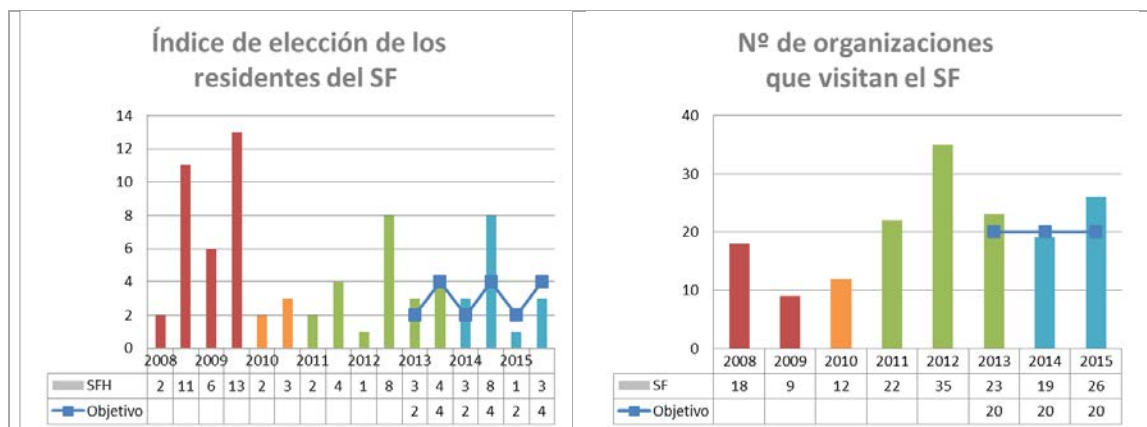


Es destacable el aumento progresivo que ha sufrido el número de proyectos de investigación y de ensayos clínicos gestionados en el SF, así como los premios recibidos, que muestran la apuesta clara que ha tenido el SF en investigación e innovación durante el periodo de estudio gracias al desarrollo de la plataforma de *iPharma* y a los acuerdos de colaboración establecidos con los aliados clave. En cuanto al número de publicaciones y al factor de impacto resultante, a pesar de que en la última fase post₃, se observa una tendencia negativa, es también evidente la mejora de ambos indicadores con respecto a la fase pre-implantación del modelo de gestión.

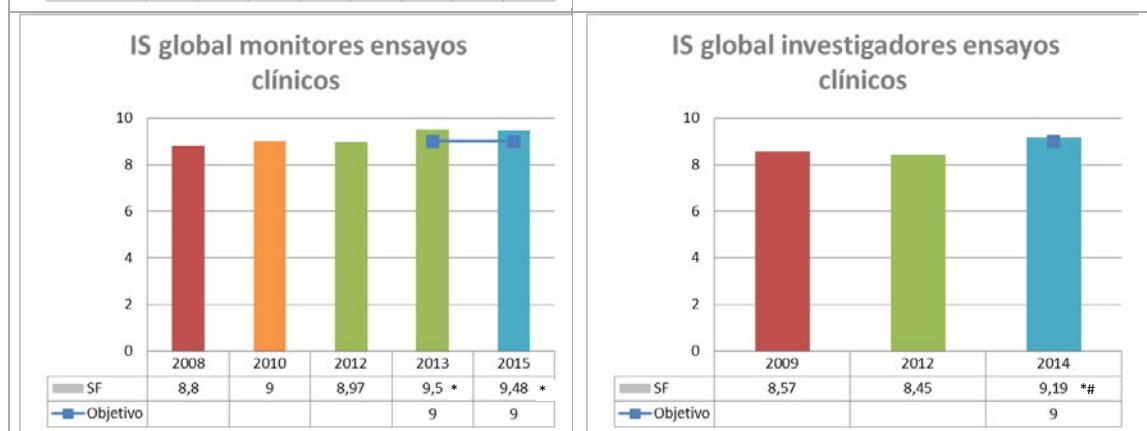
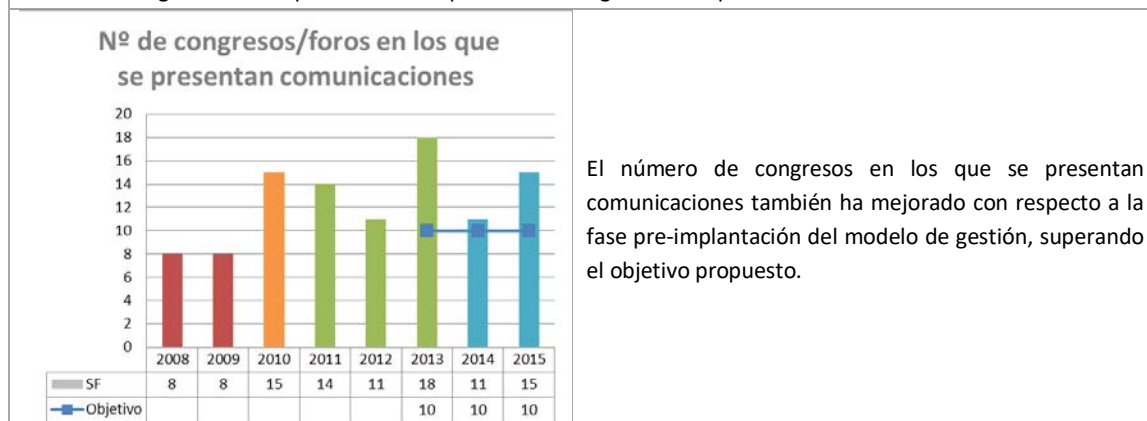
Índice de la Guía de Evaluación y Mejora



El Índice de la *Guía de Evaluación y Mejora* muestra también una trayectoria de mejora a lo largo de todo el periodo de estudio, situándose en niveles excelentes y superando los objetivos propuestos.



El prestigio del SF es altísimo, como muestra el índice de elección de los residentes eligen su formación en él y el número de organizaciones que visitan el SF para conocer alguno de los procesos del mismo.



Con respecto a la satisfacción de los monitores de ensayos clínicos ya se partía de un resultado excelente en la fase pre-implantación; a pesar de ello, se ha mejorado el indicador de forma significativa tanto en fase post₂ ($p=0,048$) como en fase post₃-implantación ($p=0,002$). Con respecto a los investigadores, mejora de forma significativa la satisfacción en la fase post₃ del estudio, tanto si lo analizamos respecto a la fase pre ($p=0,044$) como si lo analizamos con respecto a la fase post₂ ($p=0,009$).

Estos resultados en la satisfacción de los clientes de investigación influyen claramente en el aumento del nº de ensayos clínicos y del nº de URV de investigación.

E: enfermería; F: facultativo; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; IS: índice de satisfacción; ISMP: Institute for Safe Medication Practices; PAS: Programa de Asistencia Sanitaria; PE: paciente externo; PRM: problema relacionado con la medicación; RNM: resultado negativo asociado a la medicación; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SF: Servicio de Farmacia; UA: Unidades Asistenciales; URV: Unidades Relativas de Valor.

5. DISCUSIÓN

5.1. IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA

5.1.1. ELECCIÓN DEL MODELO EFQM COMO MODELO DE CALIDAD

El modelo de calidad seleccionado para implantar los principios y metodología de mejora continua de la calidad fue el modelo EFQM de excelencia. La elección de este marco de trabajo para la mejora del SGC del SF se basó en diferentes premisas.

En primer lugar, el modelo EFQM cuenta con gran prestigio internacional: es utilizado en Europa por grandes empresas y unidades de negocio, las cuales revisan la calidad de sus SGC basándose en las recomendaciones y estándares del modelo EFQM. En nuestro país, ha sido recomendado y utilizado como instrumento de evaluación en numerosas organizaciones del sector privado y, desde 1999, también por las Administraciones Públicas, existiendo incluso adaptaciones específicas para su uso⁸³.

En segundo lugar, la estructura del modelo EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo, que ofrece recomendaciones en base a sus nueve criterios y que ha demostrado obtener un alto grado de implicación del personal en los programas de mejora de calidad⁸⁴, principio fundamental para tener éxito en la implantación.

En tercer lugar, centrándonos en el ámbito sanitario, el modelo de la EFQM ha sido considerado válido para su aplicación en centros sanitarios. Donald Berwick, considerado como uno de los autores más importante en el campo de la calidad sanitaria, ya lo publicó en 1989: “el modelo EFQM constituye una potente herramienta para la mejora”⁸⁵.

Fruto de la experiencia de otros que nos preceden, el modelo EFQM ha sido adaptado al sector salud y publicado para que sirva de ejemplo para su aplicación en hospitales y centros de atención primaria⁶². En la actualidad, el modelo EFQM está siendo utilizado de manera sistemática por numerosas instituciones sanitarias. Entre ellas, cabe destacar, las experiencias publicadas por el Servicio Vasco de Salud, que lo utiliza como base de la política de calidad⁸⁶⁻⁹⁰ y en otros centros sanitarios⁹¹⁻⁹⁴.

El modelo EFQM no es estático, y desde que el SF inició la implantación del mismo en su SGC, ha sufrido modificaciones adaptándose a las nuevas necesidades de las organizaciones, a nivel de los conceptos fundamentales y de algunos de los subcriterios. Estos no son cambios sustanciales y no afectan de forma relevante a nuestro estudio.

El modelo Deming y el modelo Malcolm Baldrige son modelos de calidad total similares al modelo EFQM pero que aún no muestran la experiencia del modelo EFQM en nuestro entorno. No es el caso del modelo de la JCAHO, que está adquiriendo un importante protagonismo, al ser éste un modelo específico del sector sanitario. Éste presenta la característica fundamental que ha de ser un sistema implantado en la organización global, es decir, a nivel del hospital, no siendo posible su implantación única en un servicio concreto del mismo, lo que supone una gran limitación para su implantación. La nueva Dirección del HGUGM ha planteado entre sus objetivos la acreditación por la JCAHO, por lo que en la actualidad, se ha formado un grupo de trabajo en el SF que está trabajando en esta línea, debido a que gran parte de los estándares de calidad exigidos por el modelo dependen directamente del SF.

5.1.2. FACILIDADES Y DIFICULTADES ENCONTRADAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN

En la elección del modelo EFQM como fundamento teórico para el diseño del SGC del SF, debemos tener en cuenta las ventajas e inconvenientes inherentes al modelo y que han supuesto facilidades y dificultades a la hora de implantarlo en nuestro SF.

Facilidades

Por una parte, el hecho de aplicar un modelo estándar permite comparar nuestra gestión con un referente que nos facilitará su implantación. Éste es un modelo pensado para cualquier tipo de organización y, por lo tanto, nos aleja de la división sector público versus sector privado u organizaciones grandes versus organizaciones pequeñas, acercándonos a referencias más eficientes⁶³, lo que ha supuesto una ventaja importante a la hora de la implantación en el SF, organización sanitaria de carácter público.

Asimismo, cabe destacar que cuando se inició el proyecto, el SF ya estaba trabajando en iniciativas de mejora. La capacidad del modelo EFQM de integrar otros proyectos de mejora simultáneos y su flexibilidad para adaptarse a la situación de partida es uno de los beneficios del mismo^{95,96}. En este contexto, muchas veces se suscita la duda acerca de la posible coexistencia de los modelos ISO y EFQM en una organización; sin embargo, en nuestro proyecto se ha puesto de manifiesto que su complementariedad es absoluta y que no existe ninguna contradicción entre ambos. El hecho de disponer de un SGC certificado por las normas ISO 9001 previamente a la implantación del modelo EFQM ha supuesto una ventaja importante, ya que se dispone de un entorno favorable en el que se garantiza que el SF dispone de un SGC que asegura la calidad en todos sus procesos, e implantar la mejora continua resulta más sencillo que partir de cero. Así se ha manifestado por otros autores, que

inciden en la sinergia de ambos modelos en los que la organización, no sólo no entra en conflicto consigo misma, sino que está en el camino de obtener cotas de excelencia más alta que si se limitara a certificarse de acuerdo con uno sólo de los modelos⁴⁷. En concreto, disponer de la certificación ISO 9001, con un enfoque claramente basado en la gestión por procesos y orientado al cliente, ha facilitado la implantación de acciones de mejora en el criterio de Procesos y ha permitido obtener puntuaciones elevadas en los criterios 5 y 6 del modelo EFQM desde el inicio del estudio.

La implicación de todo el personal del SF, a través de una participación y motivación constantes, ha sido el elemento más facilitador a la hora de la implantación del modelo EFQM, tal y como se ha puesto de manifiesto en otros estudios⁸⁴.

El método empleado para la autoevaluación, que combina la redacción de la memoria con la evaluación mediante la herramienta *Perfil*, ha sido otro elemento facilitador. La redacción de la memoria ha servido en sí misma como una actividad de gran valor didáctico, y las reuniones llevadas a cabo para su redacción han sido un buen foro de comunicación. Al mismo tiempo, al haber sido revisada por todos los profesionales del SF, favorece la implicación de los mismos en las acciones de mejora posteriores. Por estos motivos, y a pesar de que en algunos foros se previene a las organizaciones que comienzan a trabajar con el EFQM sobre la dificultad que supone la redacción de la memoria en una fase inicial⁹⁷, consideramos que los beneficios que aporta esta actividad han merecido el esfuerzo inicial. El método REDER, en el que se basa *Perfil*, ha resultado un instrumento fácil e intuitivo para realizar las autoevaluaciones individuales, y una gran ayuda durante las reuniones de consenso. Éste es el instrumento recomendado por la propia EFQM para organizaciones que cuentan con poca o ninguna experiencia en el modelo⁶², como es el caso de nuestro estudio.

Por último, ha resultado un elemento facilitador el hecho de poder contar con un asesor externo con amplia experiencia en la implantación del modelo EFQM en otras organizaciones y con expertos de calidad del propio HGUGM, que han colaborado de forma puntual en nuestro proyecto.

Dificultades

Una de las mayores dificultades encontradas durante el desarrollo del proyecto fue la comprensión del lenguaje y los principios del modelo EFQM por los profesionales del SF, como ya se ha evidenciado en otras experiencias⁹⁷⁻¹⁰⁰. El modelo EFQM difícilmente se entiende hasta que no se practica, lo cual es un hándicap para su introducción en un entorno sanitario

ajeno a la gestión empresarial. Aunque el SF ya estaba acreditado por la norma ISO 9001 y contaba con una larga trayectoria de trabajo en los sistemas de gestión, la implementación de un nuevo modelo ha supuesto un cambio de perspectiva, lenguaje y planteamiento de los procesos dentro del SF. Este proyecto ha supuesto un esfuerzo añadido a la carga de trabajo habitual que, sin embargo, se ha realizado con un nivel de motivación muy alto por parte de todos los profesionales del mismo sin suponer ningún perjuicio para la actividad diaria llevada a cabo en el SF.

Asimismo, como todos los modelos de gestión, supone un proyecto lleno de pruebas, reuniones, etc. y un exceso de papeleo y documentos, hecho que predispone también a su no-implantación⁵³. Tal y como detalla Brull Alabart, aplicar la metodología EFQM se convierte en un proceso lento: es un camino que hay recorrer con el tiempo que cada organización necesite y a veces cuesta ver resultados a corto plazo, con el riesgo de abandono que puede suponer este hecho⁶³.

Otro elemento que predispone negativamente a la utilización del modelo EFQM es la pertenencia al sistema público de salud, ya que no siempre es posible actuar sobre las acciones de mejora detectadas debido a que muchos temas escapan de la capacidad de actuación de los trabajadores del SF y del responsable de la misma. Asimismo, no es posible destinar los recursos humanos o económicos necesarios para la implantación de algunas acciones de mejora⁸³. Esto podría suponer en muchas ocasiones la falta de motivación de los trabajadores en el proyecto, aunque en nuestra experiencia concreta se ha mantenido la motivación y cooperación tanto del equipo directivo del SF como del compromiso de todo el personal del mismo, y así se ha puesto de manifiesto en las evaluaciones externas realizadas.

5.1.3. PLANES DE MEJORA: ACCIONES DE MEJORA INTRODUCIDAS

A continuación, analizaremos las mejoras introducidas en el SGC del SF. Para ello, seguiremos el mismo orden de los cinco criterios agentes facilitadores del modelo EFQM. Destacar que el *Plan de Mejora 500+* no ha sido implantado de forma completa en el momento de finalización de nuestro estudio y por ese motivo hay mayor número de acciones de mejora identificadas en las evaluaciones previas a dicho Plan que no han sido implantadas durante el mismo debido a que se encuentran en desarrollo.

5.1.3.1. Criterio 1: Liderazgo

Para analizar el criterio de Liderazgo, es necesario diferenciar el papel de los líderes políticos o del HGUGM de los líderes directos que gestionan el SF. El objetivo del modelo EFQM no puede

ser evaluar la calidad de las medidas políticas tomadas, sino el nivel de excelencia de la gestión que se lleva a cabo dentro de la organización concreta. Por lo tanto, para nuestro estudio y para la identificación de mejoras en las evaluaciones internas y externas, únicamente se han tenido en cuenta los líderes directos del SF, aunque es importante tener en cuenta la relación existente entre estos líderes y el estamento político del que dependen: es fundamental equilibrar los objetivos políticos con los de los líderes que gestionan el SF, demostrando un compromiso claro con los mismos¹⁰¹.

Durante todo el proyecto, han sido numerosas las acciones de mejora introducidas relacionadas con el Liderazgo, desde las mejoras más primordiales relacionadas con la definición de la MVV, la identificación de los líderes del SF y la definición del perfil de los mismos (con actualizaciones periódicas en función de las necesidades detectadas), pasando por el establecimiento de nuevos procesos y cambios en otros procesos ya existentes. Destacan los siguientes procesos implantados y/o mejorados durante todo el periodo de estudio: el plan de comunicación interna y la implantación de planes de acogida (ambos han motivado mejoras en los resultados de satisfacción del personal), el establecimiento de los mecanismos de relación de los líderes con los clientes del SF (con el impacto correspondiente en la satisfacción de los mismos), la implantación del proceso de gestión del cambio y, por supuesto, la gestión del liderazgo y el modelo de liderazgo que deriva del mismo, a través del cual se define el papel de los líderes en la gestión.

Asimismo, cabe destacar el gran número de personas que son consideradas líderes en el SF, que deja entrever la capacidad de delegación y *empowerment* característica del SF, y la implantación de la encuesta de liderazgo, que ha resultado ser una herramienta útil y válida para evaluar las competencias y capacidades de los líderes relacionadas con todos los aspectos de la gestión del SF y realizar, a partir de sus resultados, planes de mejora personalizados para cada líder.

Se podría decir que todas las mejoras implantadas que derivan del criterio de Liderazgo inciden en los resultados obtenidos en todos los indicadores establecidos. Podría destacar el resultado del indicador de IS de los empleados con el estilo de Dirección, que ha aumentado del 7,78 (2010) al 8,58 (2014). Los estudios realizados en nuestro país relacionados con el estilo de Dirección y la satisfacción de profesionales refieren que el estilo de Dirección debería dirigirse a aumentar la delegación, promover la comunicación con los diferentes estamentos y aumentar el reconocimiento y la autonomía de los profesionales¹⁰², aspectos que han tenido un protagonismo fundamental a lo largo de todo el estudio.

5.1.3.2. Criterio 2: Política y Estrategia

El criterio 2 determina el desarrollo de una estrategia centrada en los GI a través de políticas, planes, objetivos y procesos establecidos. Durante el *Plan de Mejora 300+*, las acciones de mejora se centraron en la identificación de los GI, además de sus necesidades y expectativas, y la implicación de los líderes con los mismos. Se estableció una batería de indicadores a través de cuadros de mando segmentados para la obtención de resultados; asimismo se definió la cartera de servicios y se estableció un Plan Estratégico.

Durante el *Plan de Mejora 400+*, los líderes del SF apostaron por un cambio radical en la política y estrategia del SF. Se definió una nueva estructura estratégica a través de objetivos fundamentales/FCE y se estableció un CMI, único, de indicadores clave y complementarios a partir de cada uno de ellos. La nueva estructura estratégica supuso una mejora considerable de todos los procesos del SF y así se pone de manifiesto en la mayor parte de indicadores, que mejoraron sus resultados tras la implantación de la misma.

El establecimiento de los objetivos fundamentales y FCE del SF ha resultado muy útil para la gestión del SF: de esta estructura dependen las estrategias, el CMI, se realizan los análisis DAFO, el Plan Estratégico y el despliegue a Plan Anual, etc. Asimismo, todas las subestrategias a las que dan lugar las estrategias clave del SF definidas fueron contrastadas con la visión estratégica a 2020 de la SEFH²⁸, en la que el SF participa de forma activa, asegurando que las líneas de futuro del sector de la FH y de otros SF punteros han sido tenidos en cuenta en la estrategia del SF del HGUGM.

El CMI de indicadores ha resultado ser una herramienta de gestión válida que proporciona información relevante y facilita la toma de decisiones, nos muestra de forma clara si se alcanzan los resultados definidos en el Plan Estratégico, nos permite detectar las desviaciones y expresar nuevos objetivos e iniciativas para la mejora continua. Asimismo, el análisis DAFO implantado como método de análisis de la información interna y del entorno ha resultado ser un instrumento muy útil para detectar de forma anual las fortalezas y debilidades del SF y las amenazas y oportunidades del entorno, que se suma a los métodos de análisis y evaluación del SGC definidos en el apartado de Material y Método de esta tesis. Es una herramienta muy extendida, sencilla, y de gran utilidad en toda organización que quiera conocer la situación en la que se encuentra a la hora de implantar un plan de mejora a cualquier nivel⁴⁶, y así se ha puesto de manifiesto en nuestro estudio.

Durante el *Plan de Mejora 500+*, se identificaron acciones de mejora en el ámbito de la estrategia del SF relacionadas con el despliegue de objetivos y de estrategia, la planificación de actividades, la responsabilidad social corporativa, etc., que se señalaron como no implantadas. El Plan Estratégico 2012-2015 definido en el *Plan de Mejora 400+* seguía vigente durante el *Plan de Mejora 500+*. Asimismo, la nueva Dirección del HGUGM tenía previsto actualizar su Plan Estratégico en 2016, por lo que se ha decidió esperar a su conclusión para la realización de la nueva reflexión estratégica del SF.

Aunque se ha hecho un gran esfuerzo a lo largo de todo el estudio en el desarrollo de la estrategia del SF, el SF aún debe mejorar la obtención de indicadores de comparación para tener mejores referencias en sus análisis y en la fijación de objetivos mediante una herramienta sistemática de *benchmarking* externo que se incorpore a la estrategia actual del SF.

5.1.3.3. Criterio 3: Personas

El personal del SF está integrado por todos los grupos de empleados, que dependen de la Jefatura del SF o de la Dirección de Enfermería del HGUGM, según el caso. Por este motivo y debido al sistema público del que depende, la libertad de la Jefa de Servicio en la selección y contratación del personal se ve a menudo limitada por restricciones externas que vienen dadas por el Gobierno o por puestos superiores o paralelos. Este hecho supone una limitación en la gestión de personas y un esfuerzo extra para influir sobre el personal y obtener un rendimiento óptimo de todos los trabajadores. Aunque las acciones de mejora y los resultados de indicadores que dependen de la gestión de personas deberían centrarse en las áreas donde el SF goza de libertad, no puede limitarse únicamente al personal del que se tiene control jerárquico porque cada una de las personas es una pieza clave para el desarrollo de los objetivos y estrategias del SF. Desde la Jefatura de SF se ha pretendido transformar esta limitación en una oportunidad y obtener altas cotas de participación del personal independientemente de la dependencia jerárquica, obteniéndose un alto grado de implicación y convirtiéndose éste en el elemento más facilitador de la implantación del modelo EFQM, como ya se ha comentado anteriormente.

Durante todo el estudio se ha incidido en acciones de mejora que mejoraran el reconocimiento, la participación, la comunicación, la recompensa, etc. del personal, para incrementar su compromiso con el SF y aprovechar al máximo sus capacidades y conocimientos en beneficio del SF. No obstante, durante la evaluación del *Plan de Mejora 400+*, se detectó que existía una diferencia destacada entre el personal farmacéutico y el

personal no farmacéutico y, por este motivo, durante el *Plan de Mejora 500+*, se apostó por la mejora de la gestión del personal no farmacéutico.

La bibliografía consultada acerca de la excelencia en la gestión manifiesta que estamos en la *Era del Humanware o Era de las Personas*: la capacidad de aprender, de innovar, de mejorar las organizaciones solo puede ser realizada por personas. Y por este motivo es necesaria una transición de un pasado donde las personas de las organizaciones tenían una participación en su gestión escasa, hacia un futuro donde las personas tendrán una formación y capacidad más evolucionada. Las organizaciones excelentes deben ser aquellas que tengan muy integrados los conceptos fundamentales de la excelencia y que impliquen al personal en la consecución de sus objetivos⁶³. Así lo define también el modelo teórico EFQM, las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto⁶⁰.

Los indicadores de gestión de personas es el grupo de indicadores en el que resulta más evidente el impacto de las acciones de mejora del criterio 3; éstos muestran una alta satisfacción con tendencia positiva a lo largo del estudio. La alta satisfacción percibida incide en una motivación e implicación del personal, que provocan una mejora de todos los indicadores definidos en nuestro estudio.

5.1.3.4. Criterio 4: Alianzas y Recursos

Las organizaciones del sector público, como es nuestro SF, son objeto de limitaciones, presiones y regulaciones legislativas de obligado cumplimiento que pueden dificultar la gestión de sus recursos económicos y financieros en mayor medida que el sector privado. Por tanto, la habilidad para generar recursos económicos suplementarios puede verse limitada al igual que su libertad para asignar los recursos de los que dispone. Por este motivo, la evaluación del criterio 4 no debe medir si los recursos o las asignaciones son los adecuados sino cómo, dentro de los límites establecidos, se gestionan sus recursos en apoyo de su política y estrategia y cómo consigue la eficacia en la utilización de los recursos que maneja el organismo público superior¹⁰¹, en nuestro caso, el HGUGM y el SERMAS.

El SF es puntero y referente en aspectos como la eficiencia en el uso del medicamento, como muestran los indicadores de gestión de eficiencia de la farmacoterapia. Buena parte de estos logros se deben a sus políticas de colaboración y alianzas con proveedores, con las UA, con centros docentes y con otras organizaciones. Entre las acciones de mejora implantadas en el criterio 4, destaca la gestión de proveedores, a través de la cual el SF evalúa y homologa

aquellos proveedores que más aportan a su SGC, además de identificar las necesidades de los mismos mediante las encuestas realizadas.

Asimismo, la gestión de la innovación tecnológica en los sistemas de información y la innovación de los equipos e instalaciones han promovido mejoras en la asistencia en la prescripción, en la validación farmacéutica, en la elaboración y dispensación de medicamentos, etc., que impactan directamente en la mejora de la mayor parte de resultados de indicadores, destacando aquellos que definen la actividad, la seguridad, la eficiencia y rentabilidad del SF y la gestión de clientes.

Del mismo modo, el desarrollo de la plataforma de *iPharma* ha resultado un canal idóneo para centralizar la gestión de la innovación e investigación de todas las áreas del SF y la gestión de alianzas y colaboraciones para el desarrollo de proyectos específicos. Gracias a ello, el SF se posiciona como referencia en la FH en su actividad docente e investigadora, y así lo reflejan los resultados de indicadores de impacto social (posicionamiento del SF en la elección de residentes, nº de visitas, impacto en publicaciones, nº de proyectos investigación y ensayos clínicos, nº de proyectos de investigación, premios recibidos, etc.).

5.1.3.5. Criterio 5: Procesos

El SF disponía de un SGC certificado según la Norma ISO 9001:2000 previo a la implantación del modelo EFQM. Para el criterio de Procesos ha resultado de gran utilidad este hecho, debido a que, desde el inicio del estudio, todos los procesos estaban identificados, definidos sus flujos de proceso, relacionados en el mapa de procesos del SF y definidos sus propietarios así como el resto de responsabilidades de cada proceso. De esta forma se ha facilitado enormemente la implantación de un sistema de mejora continua.

En el criterio Procesos no ha resultado limitante el hecho de que el SF sea un servicio de carácter público, como ha ocurrido en el resto de criterios. El único factor a tener en cuenta radica en que la definición de los procesos clave y la cartera de servicios debe cubrir al menos las actividades descritas en la Guía de Gestión de los SF publicada por el INSALUD y la SEFH¹⁰³ y que debe estar aprobada por el HGUGM.

Entre las acciones de mejora introducidas relacionadas con el criterio 5, destaca la gestión de clientes: se ha trabajado profundamente en los mecanismos de relación con los mismos y se ha actualizado el proceso de encuestas a clientes, poniéndose de manifiesto en la mejora de resultados de los indicadores clave relacionados con los mismos. Asimismo, destaca la puesta en marcha de las fichas de control de procesos, para realizar un análisis cualitativo y

cuantitativo de los resultados que afectan directamente a cada proceso, siendo una herramienta muy útil para realizar un seguimiento anual de cada proceso e implantar acciones de mejora específicas. Otras acciones de mejora destacadas relacionadas con los procesos son la reorganización del personal farmacéutico por áreas de conocimiento, que aporta una comunicación directa y eficaz con los facultativos y una mayor especialización del farmacéutico, y la gestión operativa de áreas, eficaz para el análisis del funcionamiento de cada área y canal de comunicación para todas las personas implicadas en la misma.

5.2. VALIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA

Además de los indicadores clave establecidos en el estudio, que permiten evaluar el SGC de forma anual y analizar las mejoras implantadas, las evaluaciones realizadas en la fase implantación y post-implantación para la presentación y obtención de los sellos EFQM (autoevaluaciones y evaluaciones externas), no sólo han resultado útiles para la identificación de nuevas necesidades, sino también para validar el modelo de gestión implantado.

5.2.1. EVALUACIONES EFQM: AUTOEVALUACIONES Y EVALUACIONES EXTERNAS

La autoevaluación realizada en el *Plan de Mejora 300+* refleja un mayor porcentaje de puntuación obtenida en los criterios agentes facilitadores que en los criterios resultado: se obtuvieron 212 puntos frente a 164. Estos resultados reflejan el hecho de estar evaluando la calidad de un Servicio en el que todavía no hay muchos datos de resultados ni de tendencias en los mismos. La diferencia entre la puntuación obtenida en los criterios agentes y en los resultado refleja también un sistema de mejora de la calidad en proceso de creación, con numerosas iniciativas para mejorar la calidad recientemente implantadas que todavía no han generado resultados, tal y como se ha puesto de manifiesto en otros estudios similares¹⁰⁴. En el 2013 se invierte esta tendencia, obteniéndose más puntuación en los criterios resultado que en los agentes facilitadores, aunque con poca diferencia entre ambas puntuaciones (233 frente a 229), que muestra una consolidación del nuevo modelo de gestión.

Por otra parte, la puntuación obtenida en la autoevaluación en la que se opta al Sello 300+, 376 puntos, puede parecer baja ya que la escala de puntuación es de 1 al 1000 y no supera ni siquiera la mitad del rango. Sin embargo, la puntuación obtenida en esta autoevaluación es superior a la media de las organizaciones sanitarias que realizan su primera autoevaluación para presentación a Sello¹⁰⁴⁻¹⁰⁶.

Además, la propia EFQM previene contra ese tipo de análisis engañoso, e indica que las organizaciones consideradas como *buenas* incluirán en sus evaluaciones una gran mayoría de respuestas en el rangos de 20 - 40, como media, mientras que las organizaciones líderes consideradas como *excelentes* cuentan en su evaluación con una mayoría de respuestas en el rango de 40-60 y, excepcionalmente, alguna de valor superior⁷⁷. Aquellas empresas que ganan el Premio Europeo, que es el nivel más alto del modelo EFQM, raramente se encuentran por encima de los 700 puntos¹⁰⁷.

En la autoevaluación del 2013, dos años y medio más tarde, se obtuvo una puntuación de 462 puntos, es decir, se produjo un aumento del 22,87%. A pesar de que otros estudios reflejan un porcentaje mayor tras la realización de dos autoevaluaciones, con datos cercanos al 50%¹⁰⁰, la puntuación obtenida en nuestro estudio refleja la mejora continua del SGC que permitió un escalón más en la excelencia europea.

El SF del HGUGM se convirtió en el primer SF de España que obtiene de forma independiente el Sello EFQM. Sin embargo, no es el único servicio del HGUGM que dispone de dicho reconocimiento: el Servicio de Psiquiatría de Adolescentes del HGUGM, implantó el modelo EFQM como base en su SGC en el año 2005, en el que le fue otorgado el Sello 300+^{100,104}. Actualmente dispone del Sello 500+⁶¹.

Tanto la obtención del Sello 300+ como la del Sello 400+ han supuesto un reconocimiento para todo el equipo de trabajo y han evidenciado el avance en el SGC del SF. Asimismo, aunque la relación de puntos fuertes identificados en las autoevaluaciones y evaluaciones externas no han sido fruto de análisis en este estudio, han puesto de manifiesto la sistemática de mejora continua implantada y la validación del modelo EFQM como herramienta válida para producir una mejora continua en el SGC del SF.

5.2.2. INDICADORES CLAVE

El establecimiento y medición de indicadores clave en la fase pre-implantación y en diferentes cortes post-implantación ha permitido analizar el impacto de las acciones de mejora implantadas y de esta forma validar el modelo de gestión implantado. Asimismo, permite disponer de indicadores directos de actividad, seguridad, eficiencia de la farmacoterapia, eficiencia y rentabilidad del SF, clientes, personas e impacto social, para evaluar y monitorizar el SGC en todo momento.

La implementación de sistemas de calidad total requiere mucho tiempo y paciencia para lograr pequeños éxitos. Al tratarse de un estudio extenso en el tiempo, permite ver resultados a largo plazo, lo que da validez interna al estudio realizado.

Por otra parte, es necesario precisar que no existen indicadores estándar para analizar un SGC de un SF. Tampoco se ha analizado la validez interna de los indicadores seleccionados para validar el modelo; sin embargo, para la selección y establecimiento de los mismos, se han tenido en cuenta los diferentes tipos de indicadores que existen y los atributos que éstos deben tener⁴⁶.

En este punto, merece la pena hacer una aclaración acerca de los criterios resultado EFQM. Éstos son útiles para identificar necesidades y analizar las acciones de mejora implantadas, pero no se han analizado en nuestro estudio al coincidir en gran medida con los indicadores clave establecidos para validar el sistema de gestión implantado, tal y como se ha explicado en el apartado de metodología del estudio (3.3). Al inicio del proyecto, se planteó la necesidad de establecer unos indicadores clave independientes del propio modelo EFQM, que pudiesen medirse desde la fase pre-implantación para analizar la situación de partida y que sirvieran para validar la implantación del modelo. Indudablemente, la mayor parte de estos indicadores son los que también se han seleccionado para los criterios resultados de las evaluaciones y de las memorias.

Asimismo, es necesario aclarar que, aunque de forma general se han establecido las fases post₁, post₂ y post₃-implantación para evaluar los Planes de Mejora 300+, 400+ y 500+, respectivamente, no ha sido posible hacer coincidir de forma exacta la finalización de cada uno de los planes con el análisis de los indicadores en las 3 fases post.

- *Plan de Mejora 300+*: determinadas acciones de mejora del Plan comenzaron a implantarse durante el 2009, aunque se ha establecido el periodo 2008-2009 como fase pre, por lo que podría existir una mejora de algunos indicadores en el año 2009 debido a las acciones implantadas.
- *Plan de Mejora 400+*: el Plan finalizó en julio de 2013, con la obtención del Sello 400+, aunque se pretende evaluar con la fase post₂ que evalúa resultados hasta diciembre de 2013.
- *Plan de Mejora 500+*: no puede ser evaluado de forma directa mediante los resultados obtenidos en fase post₃, al no encontrarse finalizado el Plan.

A continuación, discutiremos los resultados obtenidos en los indicadores clave.

5.2.2.1. Gestión de la actividad

El SF lleva un control exhaustivo de la actividad que se realiza en todos los procesos, disponiendo de un cuadro de mando para su control. Durante el periodo de estudio se obtiene un aumento de un 48,97% de la actividad total del SF, que se debe, no sólo al incremento de actividad asistencial del hospital y una mayor demanda de los servicios clínicos, sino también a la incorporación de nuevas actividades a la cartera de servicios del SF. En un estudio análogo al nuestro realizado en el Complejo Hospitalario de Albacete en el 2002¹⁰⁸ se produjo un crecimiento de la actividad de 46,68%, dato similar a nuestro estudio, aunque éste no resulta directamente comparable, ya que el periodo de estudio fue de sólo tres años. Destaca la ausencia de estudios más actuales que evalúen la evolución de la actividad de los SF mediante la aplicación de la herramienta URV.

Analizaremos los resultados para cada área de actividad.

Área de gestión: a pesar de la notable bajada en 2009, debida a la actualización del *Catálogo de Productos y Facturación*, en la que la atención farmacéutica se eliminó del área de gestión para evaluarse de forma independiente, posteriormente el indicador ha aumentado un 23,13%.

Áreas de dispensación y elaboración: son las áreas de mayor actividad en el SF (suponen entre el 94,5 y el 98% del total de URV), como ocurre en estudios similares^{109,110}. A pesar de los cambios de actividad en los SF a lo largo del tiempo, con una mayor orientación clínica, nuestro estudio pone de manifiesto esta misma tendencia: las tareas más tradicionales de un SF, relacionadas con la dispensación y elaboración siguen siendo las de mayor actividad. Estas áreas han aumentado su actividad en el SF un 35,02% y 59,94%, respectivamente.

Área de atención farmacéutica: ha incrementado su actividad un 176,38% a lo largo de todo el estudio como consecuencia, principalmente, del incremento en el volumen de pacientes crónicos que reciben atención especializada en el área de PE del SF, debido a la incorporación de nuevas patologías crónicas y de numerosos tratamientos de dispensación hospitalaria. Para dar respuesta a esta creciente demanda de atención y ofrecer una AF integral y continuada, se llevó a cabo un cambio en el modelo de atención farmacéutica en el SF con resultados muy positivos⁴¹.

Área de monitorización terapéutica: destaca el aumento del 651,86% en el área de actividad de monitorización terapéutica a lo largo del estudio. A pesar de que no supone gran impacto en la totalidad de URV producidas, es importante destacar que el SF del HGUGM es puntero en el sector por incluir en su cartera de servicios la monitorización terapéutica a través de las áreas de farmacocinética y farmacogenética: tan sólo el 32,1% de los SF españoles realiza informes de farmacocinética; la implicación en la farmacogenética es aún menor, tan sólo un 1,7% y un 3,1% de los SF realizan análisis e informes de farmacogenética, respectivamente⁷².

Área de investigación: destaca igualmente el 245,75% de aumento del área de investigación debido a la excelente gestión que se realiza en el SF con los ensayos clínicos y a la elevada satisfacción de los investigadores y monitores de los mismos con su gestión.

La herramienta URV refleja la actividad total de un SF, pero existen áreas de actividad de los SF que permanecen ausentes en este análisis, como son las actividades relacionadas con la docencia y la difusión del conocimiento. Ambas no están relacionadas con productos finales que pueden facturarse a servicios hospitalarios pero, sin embargo, forman parte de la actividad normal de los SF, consumiendo parte de los recursos. Ciertamente es que son áreas difícilmente valorables por este método, como ya se ha puesto de manifiesto en otros estudios realizados¹⁰⁹: suponen una necesidad de tiempo y recursos, que no están directamente relacionados con los productos finales obtenidos (número de alumnos y residentes, número de publicaciones y calidad de las mismas); su valoración necesita de otro tipo de metodología que contemple en mayor medida la calidad de los resultados. Sería interesante la actualización del *Catálogo de Productos y Facturación* hacia un nuevo modelo en el que se tengan en cuenta estas actividades que cada vez toman más protagonismo en todos los SF. En esta línea, se ha desarrollado una herramienta tomando como modelo la herramienta URV que asigna pesos y crea fórmulas para evaluar la productividad en docencia y difusión del conocimiento. Esta herramienta incluye también un gestor de *Curriculum Vitae* que calcula el total de URV por persona, explotando datos para cada profesional y para el servicio completo y que sería interesante aplicar en nuestro SF¹¹¹.

La herramienta URV ha resultado un instrumento útil para la evaluación de la actividad del SF, permitiéndonos poder realizar comparaciones directas con otros SF que desarrollan su actividad con el mismo nivel de calidad. En el estudio realizado por el grupo TECNO de la SEFH en 2009¹¹², se calculó la actividad de seis SF españoles, entre los que se encuentra el nuestro, a través de la herramienta URV y se obtuvieron resultados similares al nuestro.

No ha sido posible establecer comparativas con estudios más recientes, ya que no existen publicaciones actuales de medida de actividad y eficiencia en otros SF. Además, en las comparaciones entre hospitales, el empleo de URV presenta una limitación. La asignación de los valores a cada producto no debería ser la misma para todos; por ejemplo, la “línea de dispensación en dosis unitaria”, valor tomado como referencia, no supone lo mismo en un SF con sistema automatizado de dispensación que aquellos que cuentan con un llenado manual, por lo que las comparaciones entre SF no pueden realizarse en todos los casos. Por todo ello, es necesario disponer de información complementaria como tipo de hospital y complejidad del mismo para interpretar correctamente los resultados obtenidos. No obstante, nuestro objetivo no era la comparación con otros SF, sino medir la evolución interna de nuestro Servicio, por lo que esta limitación de la herramienta no compromete la validez interna de nuestro estudio.

5.2.2.2. Gestión de la seguridad

La seguridad del paciente ha sido reconocida cada vez más como una cuestión clave para garantizar la calidad global. El SF del HGUGM lleva años trabajando en la implantación de prácticas de seguridad con el fin de controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica, muchos de ellos centrados en la introducción de nuevas tecnologías en cada una de las fases del circuito de utilización de los medicamentos. Así lo refleja el resultado del índice ISMP-España, que se ha mantenido por encima del 70% desde su inclusión en el estudio, observándose una tendencia positiva a lo largo del periodo de estudio y alcanzándose el 77,51% al final del mismo. En el estudio realizado por el ISMP en 2011 de la evolución de implantación de prácticas seguras de medicamentos, se recoge el resultado de 165 hospitales españoles, cuya puntuación media fue de 49,7%¹¹³ (no hay datos de estudios posteriores). Hay, por tanto, una diferencia muy relevante con los datos obtenidos en nuestro SF.

En cuanto a la seguridad en cada etapa del circuito de utilización de medicamentos, cabe destacar que generalmente la prevalencia de errores en la dispensación de medicamentos es baja en comparación con la tasa de errores en otras etapas, como la prescripción o la administración¹¹⁴, aunque podría existir un sesgo de publicación en este dato al difundirse en mayor medida, resultados de errores de prescripción o administración ajenos al SF, que errores de dispensación, del propio SF.

Seguridad en fase de prescripción

Las actividades ligadas a la de seguridad del medicamento en la prescripción se encuentran muy desarrolladas en los SF: el 90,4% de los hospitales dedica recursos a la detección y notificación de errores de medicación en esta etapa⁷².

En nuestro estudio, tanto el número de PRM detectados clínicamente relevantes como el porcentaje de RNM evitados han mostrado resultados muy favorables y tendencias positivas a lo largo del estudio, gracias a las estrategias de gestión implantadas: organización del personal por áreas de conocimiento, incorporación de sistema de soporte a la toma de decisiones clínica, actividades de conciliación farmacoterapéutica, etc., que claramente han impactado de forma positiva en dichos indicadores.

Seguridad en fase de dispensación

El elevado volumen de medicamentos que dispensan los SF hace que, a pesar de la baja tasa de error detectada, ésta pueda traducirse en un elevado número de errores, lo que supone una limitación del indicador. En nuestro estudio se han evaluado tres indicadores de errores en la etapa de dispensación (preparación de pedidos, reposición de *Pyxis* y dispensación a PE). Todos ellos han experimentado variaciones positivas y negativas a lo largo de todo el estudio; en concreto, los indicadores de errores en la reposición de *Pyxis* y en la dispensación a PE tienen un resultado superior al final del estudio que al inicio. Esto se debe, principalmente, en el caso de la reposición de *Pyxis*, a las faltas de algunos medicamentos no incluidos en la GFT y que no se sirven en los mismos y, en el caso de la dispensación a PE, a aquellos medicamentos no adecuados para dispensarse desde el almacén robotizado. Otros factores que pueden afectar al resultado subóptimo de estos indicadores son la alta rotación del personal auxiliar (principalmente en periodo vacacional) y el alto número de interrupciones sufridas durante los procesos de reposición y dispensación, etc. Es necesario seguir trabajando en el análisis de las causas de error e implantación de estrategias más seguras para minimizar las tasas.

5.2.2.3. Gestión de la eficiencia de la farmacoterapia

El gasto farmacéutico de los hospitales se ha incrementado notablemente en los últimos años, fundamentalmente debido al aumento de PE atendidos en el SF y a la aparición de nuevos fármacos que se dispensan a través de la unidad, en especial los antivirales de acción directa para la Hepatitis C. Utilizando los indicadores PAS como fuente de información para poder comprobar la evolución de la eficiencia de la farmacoterapia de nuestro SF, nuestro estudio ha encontrado que, tras la implantación del nuevo modelo de gestión, el SF ha mejorado sus

indicadores de eficiencia de la farmacoterapia. Concretamente, se pasó de estar entre los 3 mejores hospitales del SERMAS en el 47% de los indicadores del PAS en el año 2010, al 72% en 2013; esta cifra disminuyó al 58% en 2015. Además, el índice de costes comparados del PAS indica que, con los costes medios por paciente alcanzados por el SERMAS, el SF tiene unos ahorros por sus costes reales muy elevados, alcanzando ahorros superiores a los 3 millones de euros en alguna fase del estudio.

Con respecto al índice sintético, que agrupa indicadores de eficiencia, no podemos analizar el impacto de implantación del modelo al no tener datos del histórico en fase pre-implantación del estudio, pero sí que consolida la posición de liderazgo del SF en aspectos de gestión eficiente de la farmacoterapia con los resultados obtenidos (82% en 2014; 91% en 2015). El índice sintético no es estático, y en el año 2015 ha modificado el cálculo debido a la incorporación de los nuevos tratamientos para la hepatitis C; el SF no sólo ha mantenido el nivel de eficiencia, sino que ha mejorado el indicador.

Este posicionamiento del SF en el SERMAS que muestran los resultados obtenidos son fruto, por un lado, de las mejoras en el uso del medicamento, a través de la protocolización, elaboración y acondicionamiento de medicamentos incluidos en los indicadores PAS, que han permitido obtener un magnífico volumen de ahorros creciente cada año, como muestra el indicador. Por otro lado, el ahorro por negociaciones con proveedores ha mostrado una tendencia positiva a lo largo del estudio, mostrando resultados de ahorro que superan los 20 millones de euros al final del estudio, lo que demuestra que el nuevo proceso implantado de gestión de proveedores y de gestión de alianzas ha obtenido resultados muy favorables en el nuevo modelo de gestión. Teniendo en cuenta el gasto anual en medicamentos del SF, éste obtiene un ahorro aproximado del 24%, dato muy similar al obtenido en el estudio realizado por la SEFH en 2015⁷², en el que se revela que el ahorro aproximado en las compras de medicamentos en los hospitales grandes (de más de 500 camas) fue del 24% en los años 2012, 2013 y 2014.

5.2.2.4. Gestión de la eficiencia y rentabilidad del SF

El cálculo de los costes de la actividad mediante la herramienta URV asume que los costes presentan una correlación lineal con el valor en URV asignado a cada uno de los procedimientos. Se ha estimado que aproximadamente, el 80% de los costes de los SF corresponde al coste del personal³³, y así se ha puesto de manifiesto en estudios realizados^{109,110,115,116}, siendo éste el que más repercusión tiene en el coste final de los SF. Por

tanto, resulta válido el cálculo de nuestro indicador, en el que el único coste valorado para la actividad total del SF ha sido el de personal, contabilizando el coste del personal farmacéutico, de enfermería y administrativo.

El indicador de coste de URV ha experimentado una disminución del 44,09% en el periodo de estudio, dato claramente superior al obtenido en estudios similares (23,8% en el estudio realizado en el Complejo Hospitalario de Albacete en el 2002)¹⁰⁸. Por lo tanto, la implantación del nuevo modelo de gestión demuestra que, no sólo se ha producido un aumento de la actividad del SF, sino que ésta se ha realizado a un menor coste, es decir, con una gestión más eficiente de los recursos disponibles.

Asimismo, es importante mencionar que el incremento de la actividad y disminución de la eficiencia no se han encontrado comprometidos por una disminución sustancial de la complejidad, ésta ha disminuido un 9% desde 2008 a 2015, con variaciones poco relevantes durante todo el periodo de estudio. En el estudio realizado por el grupo TECNO de la SEFH en 2009¹¹², se obtienen resultados similares de índice de complejidad de y de coste de URV.

Por otro lado, la rentabilidad económica del SF ha aumentado a lo largo del estudio un 88,4%, situándose en 6,33 euros que ahorra el SF por cada euro invertido en el mismo. Esto es debido a numerosas acciones de mejora introducidas en el SF a nivel de los recursos tecnológicos de los que dispone (uso de nuevas tecnologías a través de la gestión de la innovación y gestión tecnológica). La liberación del personal destinado a tareas de dispensación mediante la implantación de nuevas tecnologías, pieza clave del SF, ha permitido un cambio en sus funciones hacia una gestión más eficiente del tiempo y esto ha derivado en un ahorro por las mejoras en el uso de los medicamentos (ahorro por protocolización, elaboración y acondicionamiento)¹¹⁷. Este hecho pone de manifiesto que la evaluación e implantación de las nuevas tecnologías es un proceso complejo pero imprescindible para la mejora de la rentabilidad.

Los indicadores de eficiencia y rentabilidad del SF permiten la priorización de estrategias mediante la redistribución de personal y la adecuación del perfil profesional a cada fase del proceso productivo buscando aumentar la eficiencia final del SF^{118,119}, y así se ha puesto de manifiesto en nuestro estudio.

5.2.2.5. Gestión de clientes

En la estructura estratégica establecida en el SF, se ha incluido como objetivo fundamental la satisfacción de los clientes, por lo que ésta ha sido objeto de numerosas acciones de mejora a lo largo de todo el estudio.

Clientes externos: pacientes externos

Con respecto a la satisfacción de PE, nuestro estudio corrobora cómo el cambio en el modelo de gestión del SF ha provocado una mejora creciente de la satisfacción del PE global, y también en la satisfacción con el trato recibido en las consultas y con la calidad de la información recibida.

El nuevo modelo de atención farmacéutica implantado en la Unidad de PE del SF, que incluyó la robotización de su almacén y el aumento de puntos de dispensación consiguió una reducción considerable de los tiempos de espera, coincidente con la fase post₂ de nuestro estudio. No obstante, en el estudio realizado en 2013, que evaluó de forma más exhaustiva la satisfacción con aspectos concretos de este nuevo modelo, corroboró que la satisfacción con el tiempo de espera continuó siendo el aspecto peor valorado, con una puntuación de 6,97 sobre 10⁴¹. La reducción del tiempo de espera siguió percibiéndose por los pacientes como insuficiente.

El indicador del tiempo de espera de forma relevante en la última fase de nuestro estudio, debido al aumento de interrupciones de la dispensación. El motivo de las mismas fueron errores de prescripción detectados y otras que habían sido previamente programadas por el farmacéutico para monitorizar algún aspecto de la farmacoterapia del paciente. Se trata, por tanto, de interrupciones necesarias que ponen de manifiesto el valor del farmacéutico en la asistencia a estos pacientes. No obstante, el elevado porcentaje de interrupciones de este tipo, la interrupción por necesidad de validación farmacéutica y el crecimiento importante de la demanda de atención indican que serán necesarias nuevas estrategias de mejora como el control de la afluencia de pacientes mediante un sistema de citación previa. Este sistema permitiría que el farmacéutico pudiera adelantarse a la demanda de atención sin producir interrupciones en la dispensación.

Son numerosos los estudios publicados que evalúan la satisfacción del PE con los SF, siendo elevada en todos ellos¹²⁰⁻¹²⁴. Sin embargo, los resultados no son directamente comparables debido a la falta de una metodología única como medida de la satisfacción.

Clientes internos: facultativos y personal de enfermería de las UA

La satisfacción del personal de enfermería de las UA ha mejorado de forma relevante con las acciones de mejora derivadas del nuevo modelo de gestión. El SF ha establecido múltiples elementos de interrelación con los mismos, que le permiten conocer sus necesidades y trabajar conjuntamente en la mejora, y que han influido claramente en estos resultados. En concreto, ha desarrollado el Grupo PRODI con los responsables de Enfermería del HGUGM, lo que ha permitido mejorar notablemente los resultados.

Por otro lado, en cuanto a los indicadores de rendimiento relacionados con el personal de enfermería de las UA, destacar que el SF dispone de un sistema de gestión de almacenes, de proveedores y de pedidos asistido informáticamente que facilita la gestión de stock. No obstante, debido a la situación de crisis económica y a la necesidad de ajustarse al presupuesto, ocasionalmente se producen roturas de stock de algunos medicamentos. Es también frecuente que la rotura sea ocasionada por una falta de suministro del proveedor. Cabe destacar que el indicador de n° total de faltas $\times 100 / n^{\circ}$ total de productos, que se mide en la evaluación anual que se realiza a los proveedores y mide las faltas de suministro de los mismos, se han obtenido los siguientes resultados: 3,98% (2013); 6,42% (2014); 0,82% (2015), que influye claramente en el resultado del indicador de rotura de stock establecido en nuestro estudio.

En cuanto al personal facultativo, el factor que con mayor probabilidad más ha influido en la mejora de la satisfacción ha sido la reorganización de farmacéuticos por área de conocimiento, que les permite a los mismos una atención más directa con el SF.

Los indicadores de rendimiento relacionados con los facultativos (índice de aceptación e impacto de la atención farmacéutica), han obtenido resultados favorables y con tendencia positiva a lo largo del estudio, influidos por la formación continuada del personal farmacéutico, su reorganización funcional por patologías y el apoyo a bases de datos durante el proceso de validación.

En cuanto a estudios realizados en otros hospitales sobre la satisfacción de clientes internos, los resultados indican alta satisfacción, aunque todos coinciden en que la valoración es siempre mayor para el personal facultativo que para el personal de enfermería^{121,125-127}. No obstante, al igual que ocurre con los clientes externos, los resultados no son directamente comparables debido a la falta de una metodología única como medida de la satisfacción.

5.2.2.6. Gestión de personas

Los resultados de percepción del personal mostraron un elevado grado de satisfacción con la mayoría de los aspectos cuestionados. Todos los indicadores de satisfacción han mostrado tendencias positivas con resultados excelentes. Destaca la mejora de resultados entre las fases post_2 y post_3 , debido a la implementación del plan de mejora del personal no farmacéutico.

Asimismo, destacan algunos de los aspectos evaluados. Por una parte, se distingue la satisfacción con el *empowerment* y con el estilo de Dirección, que son los aspectos mejor valorados con resultados superiores a 8 al finalizar el estudio. Esto es debido a las acciones de mejora introducidas, gracias a las cuales se disponen de múltiples mecanismos de participación del personal (equipos de trabajo, comisiones intra y extra hospitalarias, participación en la gestión, etc.). Asimismo se ha hecho un importante esfuerzo en el sistema de comunicación estructurado en base a las sesiones de servicio, las sesiones de área, etc. que permite una interacción con los líderes directa y eficaz. Por otra parte, el aspecto peor valorado es la satisfacción relacionada con la recompensa, debido a que durante el periodo de estudio se han realizado recortes en la sanidad pública que han supuesto recortes salariales.

Son numerosos los SF que realizan encuestas a los clientes para conocer el grado de satisfacción; sin embargo, no es tan habitual realizar encuestas de satisfacción al personal. Además los resultados resultarían poco comparables debido a la variabilidad de la metodología empleada y de los aspectos que se evalúan, de las diferencias en los tipos de contrato del personal, etc.

En cuanto a los indicadores de rendimiento de la gestión de personas, cabe destacar que los niveles de absentismo mantienen un nivel decreciente, obteniéndose un descenso del 8,65% al 4,64% de 2008 a 2015, fruto de la mejora en la satisfacción del personal.

Con respecto al número de sesiones clínicas, éstas han aumentado considerablemente a lo largo del estudio, así como la asistencia a congresos y foros del sector y a la participación del personal en comisiones y grupos de trabajo. En los SF es muy habitual la participación farmacéutica en algunas comisiones intrahospitalarias como la CFT (98,9%) y la CIPA (86,2%), pero es menor en otras comisiones, como la del Uso Racional del Medicamento (57%), Nutrición Hospitalaria (52,1%), Comité Ético de Investigación Clínica (51,9%) Unidad Funcional de Gestión de riesgos (44,8%), etc.⁷². El dato obtenido al finalizar nuestro estudio, de 35 personas que participan en comisiones intra/extra hospitalarias es, por tanto, elevado.

5.2.2.7. Gestión del impacto social

El SF, a través de su nuevo modelo de gestión, genera un importante impacto social tanto en el nivel científico-técnico (difusión y desarrollo del conocimiento) como en la posición competitiva en el ámbito de la FH. Asimismo, se ha trabajado durante el periodo de estudio en el impacto en la sostenibilidad ambiental, mediante el sistema de gestión certificado ISO 14001, aunque este aspecto no se haya evaluado de forma directa en nuestro estudio, ya que se trabaja con materiales biológicamente peligrosos, materiales citostáticos, materiales químicos, etc. que deben ser segregados y tratados adecuadamente.

Difusión del conocimiento

El nuevo modelo de gestión ha apostado claramente por la difusión del conocimiento generado en el SF a través de la publicación de sus resultados en revistas científicas, como muestra el dato del indicador de número de publicaciones. Asimismo, muestra una calidad creciente de la investigación publicada, siendo ésta en revistas de mayor impacto.

El estudio realizado por la SEFH en 2015, refleja que el factor de impacto de las publicaciones en los SF es limitado, debiendo fomentarse la investigación. Éste se ha calculado de forma acumulativa para el total de hospitales, y se sitúa entre 200 y 300 en los años 2012, 2013 y 2014 para los 46, 48 y 50 hospitales que respondieron la encuesta respectivamente para cada año⁷². El resultado del factor de impacto en nuestro SF es de 59,18 (2012), 53,37 (2013) y 44,51 (2014), lo que indica la elevada calidad científica de nuestro SF con respecto a otros SF.

En cuanto al número de congresos al que se presentan comunicaciones también ha mejorado con respecto a la fase pre-implantación y se mantiene en un nivel adecuado y constante.

Por otra parte, se observa gran demanda de nuestra aportación directa a organizaciones que nos visitan para conocer la metodología de trabajo general o de algún área concreta, foros del sector a los que se nos invita como ponentes o grupos de trabajo a los que se nos convoca (estos dos últimos indicadores se han incluido en el apartado anterior de gestión de personas, pero son indicadores también de impacto social). Esto es debido a un mayor esfuerzo en la difusión de los logros del SF, una mejor orientación de los responsables a la participación en foros, una gestión más eficiente de las publicaciones a realizar y a la incorporación de personas y proyectos de innovación e investigación. Todas estas mejoras están asociadas a la creación y desarrollo de *iPharma*.

Desarrollo del conocimiento

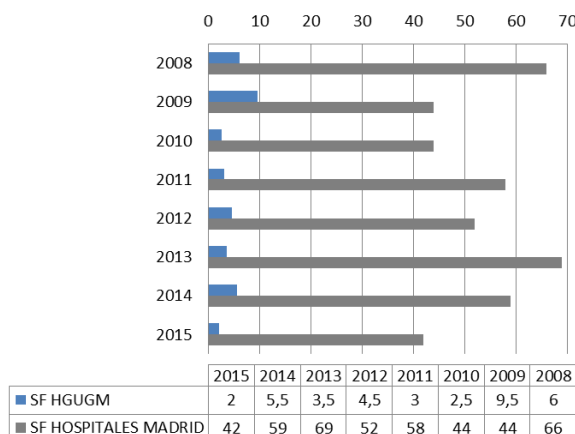
La adecuada política de innovación e investigación, la adecuada gestión de alianzas y la creación de *iPharma* para su gestión y desarrollo, así como el prestigio del SF, ha permitido el crecimiento considerable tanto en proyectos de investigación como en ensayos clínicos, a pesar de la crisis económica que afecta negativamente a este tipo de proyectos. Así lo muestran todos los indicadores relacionados con el desarrollo del conocimiento: número de proyectos de investigación, nº de ensayos clínicos, satisfacción de investigadores y monitores de ensayos clínicos, URV de investigación. Asimismo no es despreciable el número de premios recibidos a proyectos de investigación llevados a cabo en el SF.

La media de ensayos clínicos en curso gestionados en hospitales españoles en 2013 fue de 47,82; en la muestra de hospitales de mayor de 500 camas asciende la cifra a 139,54⁷². Los ensayos clínicos gestionados en nuestro SF han aumentado un 75% desde el inicio del estudio, pasando de 209 a 366, cifra superior a la media de otros SF.

Posición competitiva en el sector

El índice de elección de residentes es un indicador directo tanto de la calidad de la actividad docente del SF como de la posición competitiva del SF, ya que el nº obtenido por el alumno en FIR le permite elegir prioridades de destino en el hospital en el que va a realizar la residencia.

En nuestro caso somos elegidos por los farmacéuticos situados en los primeros lugares de la promoción. No obstante, el dato de los últimos residentes que han entrado no es siempre representativo de calidad, puesto que la variabilidad geográfica influye enormemente en cada año. Para evitar este sesgo, hemos realizamos la media de los 8 residentes presentes cada año en el SF, resultado que sigue siendo excelente, además de comparar nuestra media con la media del resto de hospitales de Madrid. Ambos resultados indican que nuestro SF es líder en esta elección. La media de elección de residentes del HGUGM y de los hospitales de Madrid, para cada año, se representan en el **Gráfico 9**.

Gráfico 9. Índice de elección FIR en la Comunidad de Madrid

Por otro lado, el índice de la *Guía de Evaluación y Mejora* permite compararnos con otros SF y posicionar al SF en un nivel. Según la puntuación obtenida, el SF del HGUGM se ha mantenido durante todo el periodo del estudio en un Nivel I (>75 puntos), aunque dentro de este rango, se ha aumentado el valor a lo largo del estudio un 10% hasta el último resultado de 85,1 en 2015. Aunque son numerosos los estudios que inciden en la importancia de la *Guía de Evaluación y Mejora* en la gestión de los SF^{108-110,128,129}, no se han encontrado estudios que evalúen el nivel adquirido mediante este método.

5.3. CONSOLIDACIÓN DEL MODELO EFQM COMO HERRAMIENTA ÚTIL

El proyecto de implantación de un modelo de gestión de la excelencia en el SGC del SF no fue considerado una actividad puntual en el SF, sino el comienzo de un sistema cíclico de evaluación y mejora en base a unos resultados, y así lo muestra la continuidad que se le ha dado al proyecto desde el inicio. Esta filosofía es la base de los sistemas de mejora continua, que siguen la metodología de los círculos de mejora o *Círculos de Deming*⁴⁶: planificar (P), hacer (H), verificar (V) y actuar (A). Así, el SF ha introducido los principios de mejora continua de la calidad en su sistema de gestión, objetivo principal de este estudio.

La calidad se ha hecho presente en todas las actividades llevadas a cabo en el SF desde el inicio del proyecto. Desde la autoevaluación, mediante la identificación de las necesidades, pasando por la planificación y la implantación de los Planes de Mejora a través de la introducción de acciones de mejora concretas. Asimismo, la evaluación del impacto del modelo en la mejora de

los indicadores clave del SF en todas las dimensiones evaluadas, pone de manifiesto que el modelo EFQM es una herramienta útil y válida para mejorar el SGC del SF.

Se ha logrado la combinación de los 3 componentes que forman la metodología de trabajo del modelo EFQM para garantizar un SGC adecuado y basado en la mejora continua^{60,63}. A través del esquema lógico REDER como herramienta de evaluación, la aplicación del modelo multidimensional para poner en práctica las acciones de mejora, y la integración con los 8 conceptos fundamentales de la excelencia, como cimientos esenciales del sistema.

Se han identificado los principios necesarios para que un SGC funcione correctamente, tanto en el entorno empresarial⁵³ como en el entorno sanitario⁴⁷ que se podrían resumir en los siguientes puntos: (i) compromiso de la Dirección, no sólo desde el nivel teórico; (ii) formación, sensibilización e implicación de todas las personas que trabajan en la organización; (iii) orientación hacia la satisfacción del cliente y la eficiencia; (iv) incorporación la gestión por procesos a la organización; (v) orientación de toda la organización hacia la mejora continua, considerando el problema de la resistencia al cambio, en todos los niveles de la organización. En nuestra experiencia para llevar a cabo el proyecto, estas premisas identificadas han sido fundamentales y se han tenido en cuenta en la ruta hacia la excelencia. El papel de liderazgo ha sido imprescindible, de la misma manera que lo ha sido el enfoque participativo en lugar de la autoridad profesional y de gestión, la responsabilidad colectiva versus la individual, la mejora permanente de la calidad versus la garantía de calidad, la coordinación entre las diferentes áreas y servicios que integran el SF, la flexibilidad organizativa y el enfoque orientado al cliente interno y externo, todo ello integrado en un SGC previamente basado en la gestión por procesos a través de la Norma ISO 9001. Así se ha puesto de manifiesto en los resultados obtenidos, consolidando el modelo EFQM como una herramienta útil de excelencia en la gestión.

En cuanto al entorno sanitario del que formamos parte, en los últimos años ha cobrado mucha importancia la implementación de modelos de calidad en la gestión sanitaria. La Sociedad Española de Calidad Asistencial elabora el Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria. Se trata de una base de datos que acoge a los centros y servicios sanitarios que han conseguido alguna certificación o acreditación, independientemente de su titularidad, y de distinto alcance, desde un servicio a la totalidad de las actividades de un centro asistencial. Es un registro voluntario, en el que pueden inscribirse todas las organizaciones sanitarias españolas¹³⁰. En la actualización del mes de febrero de 2009, se habían registrado 59 certificaciones ISO 9001, 2 áreas básicas de salud y 4 centros hospitalarios a través de la

JCAHO, 2 centros hospitalarios con nivel EFQM 500+ y 4 centros hospitalarios con nivel EFQM 400+⁴⁷. En febrero de 2017 el registro indicaba: 6 centros hospitalarios con la Norma ISO 9001, 1 centro hospitalario acreditado mediante la JCAHO y 5 centros hospitalarios con nivel EFQM 500+. Llama la atención la escasez de registros, no acorde con otras fuentes consultadas, debido a que el registro en esta plataforma es de carácter voluntario, y, por lo tanto, no es posible realizar un análisis completo de la realidad a través de esta fuente de información.

Según el informe sobre la situación de los SF en España en el 2015, el 14% de los SF dispone del reconocimiento EFQM, que correspondería a 26 SF, correspondiente al 11,3% de los hospitales públicos y el 23,6% de los hospitales privados de la muestra del estudio. En cuanto al tamaño del hospital, el desglose fue el siguiente: 26,9% de hospitales de <100 camas; 13,4%, hospitales entre 100 y 250 camas; 21,2%, hospitales entre 251 y 500 camas; y 6,8%, hospitales de más de 500 camas⁷². El estudio realizado no indica si el resultado se refiere al SF de forma independiente o si tiene en cuenta el reconocimiento a nivel de todo el hospital del que forma parte como una respuesta positiva, hecho que también limita de forma relevante la validez del resultado.

La única fuente que ha resultado válida para conocer los SF españoles que disponen del modelo EFQM como SGC es el propio CEG⁶¹, que nos permite conocer las *organizaciones excelentes* del sector sanitario público y privado. Actualmente 7 organizaciones sanitarias tienen el Sello 300+, 16 organizaciones han obtenido el Sello 400+ y 21 organizaciones disponen del Sello 500+; ninguna de ellas corresponde a un SF de forma independiente del centro hospitalario al que pertenece. Por lo tanto, podemos afirmar que el modelo EFQM, a pesar de ser una herramienta ampliamente utilizada en el entorno sanitario, supone un modelo de gestión innovador en los SF españoles, ya que ningún SF dispone de un SGC a través del mismo.

En este listado de organizaciones excelentes, cabe destacar el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de nuestro propio hospital, que ha implantado el modelo EFQM en su sistema de gestión posicionándose actualmente en un nivel de excelencia europea 500+⁶¹.

Fuera de nuestro país, se ha encontrado una experiencia aislada de implantación del modelo EFQM en un SF: en el 2003 se publicó la implantación de éste en el Hope Hospital de Salford, integrado en el NHS de Reino Unido⁹⁶. El estudio afirma que el modelo es un marco adecuado para la provisión de una adecuada gestión de la calidad en los SF y declara la poca experiencia de implantación en el escenario de la FH.

Fruto de nuestra experiencia, con la mejora relevante de los indicadores clave, y de otras experiencias comentadas, surge la necesidad de realizar una reflexión acerca de la obligatoriedad de establecer políticas de implantación de mejora continua de la calidad en la asistencia sanitaria. En algunos aspectos concretos, como la aprobación de productos farmacéuticos, las políticas nacionales están debidamente establecidas, pero estas políticas deberían ir más allá de la garantía de calidad de los productos. Por una parte, deberían incluirse políticas a nivel clínico, incluyendo métodos para mejorar los procedimientos y resultados asistenciales. Por otra parte, promover la implantación de SGC e impulsar reformas en los sistemas de asistencia sanitaria, evaluando el rendimiento de los mismos teniendo presente el doble objetivo de aumentar la eficiencia de la utilización de los recursos públicos y garantizar el acceso a una atención sanitaria de calidad.

A pesar de que *Ley de Cohesión y Calidad del SNS* (2003)²² establece la obligatoriedad de crear sistemas de evaluación de la calidad asistencial, promoviendo la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios, actualmente sólo tiene carácter obligatorio la acreditación docente, para garantizar la idoneidad de los centros en los que se imparte la formación especializada en nuestro país²⁵. La acreditación de centros sanitarios al margen de la acreditación docente ha tenido hasta la fecha un pobre desarrollo a nivel nacional. Ello es debido a la propia naturaleza del SNS y, su descentralización en los gobiernos sanitarios regionales. A pesar de la falta de exigencia en este nivel de las autoridades sanitarias, casi la totalidad de gobiernos regionales están introduciendo sistemas para la gestión de la calidad en sus Comunidades Autónomas. Se debe destacar el programa de acreditación en Cataluña, acreditación y mejora continua de Andalucía y la amplia experiencia del modelo EFQM en el País Vasco⁸⁶⁻⁹⁰. La gran variabilidad y grado de desarrollo de estos sistemas ha impedido al SNS desarrollar un modelo uniforme para todo el Estado⁵³.

A nivel europeo, nos encontramos con la misma situación: existe una variedad considerable en y entre los Estados Miembros de la Unión Europea en los enfoques de calidad asistencial y en el alcance de las correspondientes medidas legislativas que han sido implantadas. Hasta cierto punto, esta variedad refleja la visión que adopta cada país en cuanto a si la calidad asistencial debería tratarse a través de la legislación o por otras medidas tales como acuerdos voluntarios¹⁴.

La certificación obligatoria de los centros sanitarios permitiría demostrar y asegurar que una organización cumple con todos los requisitos especificados en una serie de normas de calidad.

Es una confirmación de que un proceso o actividad se sigue de forma rigurosa según unos procedimientos establecidos y conocidos por todos los trabajadores. La forma de asegurar una adecuada gestión de la calidad sería la creación de una serie de documentos legislativos que permitieran establecer unas normas unánimes respecto a los criterios de calidad que se deben cumplir.

5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El modelo de excelencia ha sido validado en el SF del HGUGM, por lo que las acciones de mejora propuestas y los resultados obtenidos pueden no ser aplicables a otros SF u otros servicios sanitarios. Para su extrapolación deberán considerarse las características, tamaño, recursos y actividad de cada Servicio.
- Aunque se ha obtenido una mejora relevante en la mayoría de los indicadores propuestos para validar la implantación del modelo, no es posible establecer una relación directa de causalidad entre la introducción del modelo EFQM y la mejora de los resultados de los indicadores. Sin embargo, la introducción de este modelo de gestión, con todas las acciones de mejora derivadas, ha sido el único cambio destacado en el SGC del SF, por lo que se asume que el modelo EFQM ha sido capaz de mejorar el SGC del SF.
- Un aspecto a mejorar de la implantación del modelo EFQM en nuestro SF es el periodo de tiempo transcurrido entre la obtención de los Sellos, que ha superado los 2 años que la EFQM establece como plazo para validar el SGC de las organizaciones. Actualmente se está trabajando en el SF para la presentación a Sello 500+, prevista para el primer semestre de 2017.
- En cuanto a los indicadores seleccionados para la validación del modelo implantado, cabe destacar la dificultad actual para obtener resultados finales en salud de una forma sistemática. Esto ha provocado que el único indicador de resultado en salud utilizado en el estudio haya sido el número de RNM evitados. Asimismo, el índice sintético, incorporado en la fase post₃ del proyecto, incorpora el indicador de % pacientes adultos con virus VIH tratados y con carga viral indetectable. Desde los Servicios de Salud, los hospitales y los mismos SF debemos trabajar en monitorizar indicadores de resultados finales en salud e incorporarlos a nuestros cuadros de mando de indicadores para disponer de información relevante e implantar acciones de mejora a este nivel. Los SF están en una posición muy

estratégica para contribuir a la mejora de la seguridad y la eficiencia para la obtención de mejores resultados en salud. En nuestro SF se ha incorporado una línea estratégica dentro del Plan Estratégico de *iPharma* 2015-2020 que concreta impulsar la orientación de la investigación a la aplicación de sus resultados en salud, seguridad y eficiencia.

- Entre las acciones de mejora no implantadas en el momento de finalización del estudio destacan algunas líneas de *benchmarking*. Registra complicado establecer herramientas adecuadas para poder compararse con otros SF a nivel de determinados indicadores de calidad. Actualmente, es posible comparar algunos de ellos como el Índice ISMP-España, y, a nivel del SERMAS, es posible comparar indicadores de eficiencia por los informes reportados acerca de los indicadores PAS. Sin embargo, sería interesante el trabajo conjunto en otros indicadores de calidad a nivel de actividad, de clientes, de personas, etc. para establecer alianzas y poder aprender de otros SF acerca de técnicas y procedimientos llevados a cabo con resultados óptimos de calidad.

6. CONCLUSIONES

1. El modelo de gestión de la excelencia ha sido implantado con éxito en el Servicio de Farmacia del Hospital Gregorio Marañón como una guía de referencia para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad a través de la autoevaluación, establecimiento de planes de mejora y evaluación del progreso de las acciones de mejora implantadas.
2. El cambio de modelo de gestión permitió:
 - ✓ Aumentar en un 112% el ahorro total generado por mejoras en el uso del medicamento y por la gestión con proveedores, hasta más de 27 millones de euros anuales, situando al Hospital Gregorio Marañón entre los 3 hospitales más eficientes en la farmacoterapia del Servicio Madrileño de Salud.
 - ✓ Reducir los costes de los procesos productivos de 0,93€/URV a 0,52€/URV.
 - ✓ Aumentar la rentabilidad de 3,36€ a 6,33€ devueltos por cada euro invertido en el Servicio de Farmacia.
3. La gestión de la innovación en el Servicio de Farmacia a través de *iPharma* ha promovido un cambio en el modelo organizativo del personal farmacéutico por áreas de conocimiento, así como el desarrollo tecnológico y de sistemas de información, que ha repercutido en una mayor seguridad en la asistencia sanitaria, incrementado de forma relevante el número de resultados negativos a la medicación evitados, así como un resultado del 77,51% en el indicador de seguridad ISMP.
4. La satisfacción de trabajadores y clientes con el nuevo modelo fue elevada, obteniéndose una satisfacción global de los profesionales de 8,82 puntos sobre 10, y un aumento en la satisfacción global de los clientes del Servicio de Farmacia: los facultativos del HGUGM, de 7,42 a 8,22; el personal de enfermería de las unidades asistenciales, de 6,08 a 6,79; y los pacientes externos, de 7,32 a 8,41.
5. El hecho de disponer de un sistema de gestión de la calidad certificado por la Norma ISO 9001 ha supuesto un elemento facilitador para la implantación del modelo de excelencia, principalmente en los requisitos del modelo referentes a la gestión por procesos y el enfoque al cliente, y ha permitido obtener puntuaciones elevadas desde el inicio del estudio en las evaluaciones de los criterios 5 y 6 del modelo EFQM.
6. Se han implantado tres planes de mejora sucesivos orientados explícitamente a mejorar las debilidades del sistema de gestión detectadas en las evaluaciones, destacando las acciones de mejora relacionadas con la gestión de los recursos y procesos requeridos

por el modelo EFQM en el Plan de Mejora 300+; la gestión del liderazgo y la mejora de la estrategia del Servicio de Farmacia en el Plan de Mejora 400+; y la gestión de personas en el Plan de Mejora 500+.

7. La adopción del modelo propuesto por la EFQM ha incluido herramientas de comunicación y participación del personal que han permitido el establecimiento de una nueva forma de trabajar más participativa y una alta satisfacción global, repercutiendo en una mayor implicación con una reducción del índice de absentismo del 8,65% al 4,64%.
8. El nuevo modelo ha permitido incrementar el desarrollo de la investigación de 5 a 36 proyectos de investigación, y de 209 a 366 ensayos clínicos, así como la difusión de la misma, aumentando un 44,44% el número de publicaciones en revistas científicas y un 209,76% el factor de impacto.
9. Se dispone de un sistema objetivo de evaluación de resultados a través de indicadores clave de gestión de la calidad relacionados con la actividad, la seguridad, la eficiencia de la farmacoterapia, la eficiencia y rentabilidad del Servicio de Farmacia, los clientes y profesionales y el impacto social, que han resultado útiles para evaluar el impacto del modelo de gestión implantado y que permiten realizar un seguimiento en el futuro.
10. Los Servicios de Farmacia de los hospitales deben promover un cambio en su modelo de gestión, incorporando herramientas sistemáticas que permitan la mejora continua de la calidad en términos de seguridad, eficiencia y satisfacción de profesionales y clientes, buscando la excelencia en todos los servicios que prestan, siendo este estudio una muestra evidente de que es posible aplicar el modelo EFQM en un Servicio de Farmacia Hospitalaria y mejorar los resultados de los indicadores clave de gestión del mismo.

7. ANEXOS

Anexo I. Proyecto 2020 de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria**LÍNEA ESTRATÉGICA 1.**

Incorporar las nuevas tecnologías que permitan mejorar la organización y calidad del servicio de farmacia, así como la seguridad y cuidado integral en el proceso farmacoterapéutico del paciente

- El 80% de los servicios de farmacia dispondrán de sistemas informáticos de gestión de procesos integrados
- El 80% de los hospitales dispondrán de un sistema de prescripción electrónica asistida, conectado y/o integrado en la historia clínica, que incluya bases de datos de información de medicamentos para la toma de decisiones clínicas.
- El 80% de los hospitales dispondrán de sistemas automatizados de almacenamiento y dispensación de medicamentos en el servicio de farmacia.
- El 80% de los servicios de farmacia dispondrán de sistemas que faciliten el control, la trazabilidad y la seguridad en el proceso de preparación y/o manipulación de medicamentos de riesgo y/o preparación compleja.
- El 80% de los hospitales dispondrán de un sistema, integrado en la historia clínica, para el registro de la administración de medicamentos, que incluya bases de datos de apoyo a la administración.
- En las unidades donde se administran medicamentos de alto riesgo se dispondrá de al menos un sistema de verificación por código de barras, radiofrecuencia o similar, que en el momento de la administración compruebe paciente/ medicamento y garantice en todo momento la correcta administración.
- El 50% de los servicios de farmacia dispondrán de un sistema de gestión de la calidad, certificado por una compañía externa debidamente acreditada.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.

Incrementar el grado en el que los farmacéuticos de hospital aplican los principios de la medicina basada en la evidencia a la mejora de la farmacoterapia individualizada.

- En el 100% de los hospitales el servicio de farmacia participará activamente en los procesos de evaluación y selección de medicamentos basados en la evidencia científica, que incluya criterios de coste-efectividad, equivalencia terapéutica y establecimiento de condiciones de uso para los medicamentos evaluados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- En el 100% de los hospitales, el servicio de farmacia participará activamente en el desarrollo e implementación de todos los protocolos terapéuticos y/o vías clínicas basados en la evidencia científica, que incluyan medicamentos, en colaboración con los servicios clínicos implicados.
- En el 90% de los hospitales, el servicio de farmacia participará activamente en programas orientados a que los pacientes reciban una farmacoterapia basada en la evidencia, establecidos de acuerdo a directivas, normativas o recomendaciones públicas nacionales o autonómicas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3.

Liderar, desarrollar e implantar las actuaciones dirigidas a mejorar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en el hospital

- En el 100% de los hospitales, el servicio de farmacia participará activamente en el desarrollo y mantenimiento de un programa de gestión de riesgos aplicado a la prevención de errores de medicación.
- En el 80% de los hospitales, el servicio de farmacia habrá implantado un sistema informatizado, basado en la utilización de señales acertantes, para detectar y prevenir los acontecimientos adversos por medicamentos.
- En el 80% de los hospitales, el servicio de farmacia participará activamente en el desarrollo e implantación de un procedimiento normalizado de conciliación de la medicación habitual del paciente en el momento del ingreso como al alta.
- En el 100% de los hospitales, el servicio de farmacia participará activamente en el establecimiento de procedimientos normalizados para el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo.
- En el 100% de los hospitales, el servicio de farmacia participará activamente en el establecimiento de procedimientos normalizados que contemplen la seguridad de la preparación y administración de los medicamentos inyectables.
- En el 100% de los hospitales, el servicio de farmacia dispensará los medicamentos, incluidos los medicamentos inyectables, en dosis unitarias y siempre que sea posible en una forma lista para su administración.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4.*Incrementar la participación del farmacéutico en la optimización de la farmacoterapia individualizada*

- En el 80% de los hospitales, el farmacéutico trabajará con regularidad directamente en las unidades de hospitalización, participando en los procesos de decisión de la prescripción en al menos el 25% de los pacientes hospitalizados.
- En el 100% de los hospitales, los farmacéuticos validarán las prescripciones de medicamentos antes de que se administre la primera dosis, considerando los datos clínicos de los pacientes y los criterios de medicina basados en la evidencia.
- En el 95% de los hospitales, el servicio de farmacia tendrá implantado un programa de información de medicamentos al alta hospitalaria.
- En el 100% de los hospitales, el farmacéutico proporcionará atención farmacéutica continuada a los pacientes externos a los que se dispensa medicación en los servicios de farmacia.
- En el 80% de los hospitales, el farmacéutico participará en la evaluación de la prescripción en las consultas externas, en términos de eficiencia y seguridad, y proporcionará atención farmacéutica en al menos una tipología de pacientes.
- En el 80% de los hospitales, el servicio de farmacia realizará informes de monitorización terapéutica (farmacocinética y farmacogenética) en aquellos pacientes o medicamentos que lo precisen.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5.*Diseñar programas de desarrollo profesional individualizado para los farmacéuticos y técnicos del servicio de farmacia y aumentar la capacitación de los tutores docentes*

- En el 95% de los hospitales, el servicio de farmacia implementará un programa de desarrollo profesional individualizado para todos los farmacéuticos del servicio.
- En el 95% de los hospitales, el servicio de farmacia implementará un programa de desarrollo profesional individualizado para todo el personal técnico y de enfermería del servicio.
- En el 80% de los hospitales, el servicio de farmacia contará con al menos un farmacéutico con acreditación BPS (*Board of Pharmaceutical Specialties*) o similar.
- En el 80% de los hospitales, el servicio de farmacia establecerá un plan de formación específico en farmacoterapia dirigido a todos los farmacéuticos del servicio.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.*Aumentar las aportaciones científicas de los farmacéuticos de hospital*

- En el 40% de los hospitales, al menos un farmacéutico de hospital ha sido investigador principal de algún proyecto de investigación competitiva financiado con fondos públicos (últimos tres años)
- En el 60% de los hospitales al menos un farmacéutico de hospital ha sido autor de algún trabajo publicado en una revista incluida en el SCI (*Science Citation Index*)

Anexo II. Indicadores Contrato Gestión 2009 para Servicios de Farmacia Hospitalaria

Descarga trimestral indicadores Contrato de Gestión 2009				
Indicador	Ene - Mar	Abr- Jun	Jul- Sep	Oct- Dic
1.1. Pacientes no ingresados				
Antirretrovirales:				
Número de pacientes adultos VIH en tratamiento con antirretrovirales				
Coste tratamiento por paciente VIH				
Número de pacientes pediátricos VIH en tratamiento con antirretrovirales				
Coste tratamiento por paciente VIH				
% Pacientes con Abacavir				
% Pacientes con Tenofovir				
% Pacientes con Darunavir respecto al total				
% Pacientes con Raltegravir respecto al total				
Hepatitis C:				
Nº pacientes con hepatitis C crónica en tto. con Interferón y Ribavirina				
Coste tratamiento por paciente HC				
Hepatitis B:				
Nº pacientes con hepatitis B en tratamiento				
Coste tratamiento por paciente HB				
Esclerosis múltiple (Externos):				
Nº de pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento				
Coste tratamiento por paciente EM-EXT				
Esclerosis múltiple (Hospital de día):				
Nº de pacientes HD con esclerosis múltiple en tratamiento				
Coste tratamiento por paciente EM-HD				
Hormona del crecimiento en menores				
Número de pacientes menores con hormona de crecimiento				
Coste tratamiento por paciente HCI				
Hormona del crecimiento en adultos				
Número de pacientes adultos con hormona de crecimiento				
Coste tratamiento por paciente HCA				
Hipertensión Pulmonar*				
Número de pacientes con Hipertensión Pulmonar en tratamiento				
Coste tratamiento por paciente Hipertensión Pulmonar				
Enfermedades Raras con Coste del tratamiento previsible > 120.000 € paciente-año				
Número de pacientes por enfermedad				
Coste tratamiento por paciente ER				
Antineoplásicos orales dispensados por Resolución 213/2008 y siguientes				
Número de pacientes en tratamiento ANEO				
Coste tratamiento por paciente ANEO				
Tratamiento con anti-TNF				
Reumatología				
Número de pacientes en tratamiento con antiTNF artropatías (% pacientes pediátricos)				
Coste tratamiento por paciente artropatías				

Dermatología				
Número de pacientes en tratamiento con antiTNF				
Coste tratamiento por paciente psoriasis				
Medicina Digestivo (Enfermedad inflamatoria intestinal)				
Número de pacientes en tratamiento con antiTNF				
Coste tratamiento por paciente EII				
Degeneración Macular asociada a la Edad (DMAE)				
Número de pacientes (diferentes) con DMAE en tratamiento				
Coste tratamiento por paciente con DMAE				
Prediálisis (Factores Estimulantes de Eritropoyesis-FEE-)				
Coste global de los FEE en anemia e insuficiencia renal crónica (IRC) (prediálisis)				
Número de pacientes con anemia e IRC (prediálisis)				
Hemodiálisis y CAPD (FEE)				
Coste global de los FEE en hemodiálisis y CAPD				
Número de pacientes en SIAE con hemodiálisis y CAPD				
Hemodiálisis Centro concertado (FEE)				
Coste global de los FEE en hemodiálisis en concertado				
Número de pacientes en SIAE con hemodiálisis en concertado				
Antineoplasia parenteral en Hospital de Día				
Ca de Mama				
Número de pacientes (diferentes) con tratamiento parenteral en Ca de Mama no metastásico				
Coste tratamiento por paciente con CMNM				
Número de pacientes (diferentes) con tratamiento parenteral en Ca de Mama metastásico				
Coste tratamiento por paciente con CMM				
Ca de Pulmón				
Número de pacientes (diferentes) con tratamiento parenteral en Ca de Pulmón no metastásico				
Coste tratamiento por paciente con CPNM				
Número de pacientes (diferentes) con tratamiento parenteral en Ca de Pulmón metastásico				
Coste tratamiento por paciente con CPM				
Ca Colorrectal				
Número de pacientes (diferentes) con tratamiento parenteral en Ca Colorrectal no metastásico				
Coste tratamiento por paciente con CCRNM				
Número de pacientes (diferentes) con tratamiento parenteral en Ca Colorrectal metastásico				
Coste tratamiento por paciente con CCRM				
Ratio coste FEE onco-hema: coste global antineoplasia (en fracción centesimal)				
Ratio coste FEC onco-hema: coste global antineoplasia (en fracción centesimal)				
Hemofilia A y B				
Nº pacientes promedio mes acum Hemofilia grave a demanda				
Coste por paciente promedio mes acumulado				
Nº pacientes promedio mes acum H. leve/moderada a demanda				
Coste por paciente promedio mes acumulado				
Nº pacientes promedio mes acum H. grave profilaxis				
Coste por paciente promedio mes acumulado				

Nº pacientes promedio mes acum H. leve/moderada profilaxis				
Coste por paciente promedio mes acumulado				
Nº pacientes promedio H. grave con inhibidor				
Coste por paciente promedio mes acumulado				
GESTION ECONOMICA				
ADQUISICIONES (PRECIO FACTURADO)				
CONSUMOS (PRECIO MEDIO FACTURADO)				
ADECUACIÓN DEL INVENTARIO MEDIO MENSUAL (FARMACIA)				
* En Hipertensión pulmonar la Complejidad 2 ha de justificarse				

Anexo III. Criterios y subcriterios del modelo EFQM (actualización 2010)

Criterio 1. LIDERAZGO	Los líderes excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.
	1a. Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia. 1b. Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización. 1c. Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad. 1d. Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización. 1e. Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.
Criterio 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA	Las organizaciones excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia. 2a. La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés. 2b. La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas. 2c. La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza. 2d. La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.
Criterio 3. PERSONAS	Las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma. 3a. Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos. 3b. Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización. 3c. Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización. 3d. Existencia de un diálogo entre las personas y la organización. 3e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.
Criterio 4. ALIANZAS Y RECURSOS	Las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente. 4a. Gestión de las alianzas externas. 4b. Gestión de los recursos económicos y financieros. 4c. Gestión de los edificios, equipos y materiales. 4d. Gestión de la tecnología. 4e. Gestión de la información y del conocimiento.
Criterio 5. PROCESOS	Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos. 5a. Diseño y gestión sistemática de los procesos. 5b. Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor. 5c. Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes. 5d. Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.

	5e. Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.
Criterio 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	<p>Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.</p> <p>6a. <i>Medidas de percepción.</i> Estas medidas se refieren a la percepción que tienen los clientes de la organización, y se obtienen, por ejemplo, de las encuestas a clientes, grupos focales, felicitaciones y quejas. Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Imagen general. – Productos y servicios. – Fidelidad. <p>6b. <i>Indicadores de rendimiento.</i> Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus clientes externos. Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Imagen externa. – Productos y servicios. – Apoyo y atención a los productos y servicios. – Fidelidad.
Criterio 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	<p>Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.</p> <p>7a. <i>Medidas de percepción.</i> Estas medidas se refieren a la percepción de la organización por parte de las personas que la integran, y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones del desempeño estructuradas. Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Motivación. – Satisfacción. <p>7b. <i>Indicadores de rendimiento.</i> Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como para anticipar sus percepciones. Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Logros. – Motivación e implicación. – Satisfacción. – Servicios que la organización proporciona a las personas que la integran.
Criterio 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	<p>Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.</p> <p>8a. <i>Medidas de percepción.</i> Estas medidas se refieren a la percepción que tiene la sociedad de la organización y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, informes, artículos de prensa, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades de la Administración. Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Imagen general. – Actividades como miembro responsable de la sociedad. – Implicación en las comunidades donde opera. – Actividades encaminadas a reducir y evitar las molestias y daños provocados por sus actividades y durante el ciclo de vida de sus productos y servicios. – Información sobre las actividades que contribuyen a la preservación y mantenimiento de los recursos. <p>8b. <i>Indicadores de rendimiento.</i> Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad. Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de los cambios en los niveles de empleo. – Relaciones con autoridades y órganos en cuestiones como felicitaciones y premios recibidos, sanciones, etc.

Criterio 9. RESULTADOS CLAVE	<p>Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia.</p> <p>9a. <i>Resultados Clave del Rendimiento de la Organización.</i> Estas medidas son los resultados clave definidos por la organización y acordados en su política y estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Resultados económicos y financieros. – Resultados no económicos. <p>9b. <i>Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización.</i> Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar y entender los procesos y predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma. Según los fines de la organización, los indicadores clave del rendimiento pueden hacer referencia a medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Económicas y financieras. – No financieras.
---	---

Anexo IV. Modelo EFQM de excelencia: integración entre los conceptos y la estructura del modelo

	Liderazgo					Estrategia				Personas					Alianzas y recursos					Procesos, productos y servicios					Result. Clientes		Result. Personas		Result. Sociedad		Result. Clave	
CONCEPTOS FUNDAMENTALES	A	B	C	D	E	A	B	C	D	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	A	B	A	B		
Lograr resultados equilibrados																	X															
Añadir valor para los clientes																																
Liderar con visión, inspiración e integridad																																
Gestionar por procesos							X									X	X					X					X		X			
Alcanzar el éxito mediante las personas													X														X					
Favorecer la creatividad y la innovación							X														X				X	X	X	X	X			
Desarrollar alianzas						X	X														X				X	X	X	X	X			
Asumir responsabilidad de un futuro sostenible						X	X													X			X		X				X			



El subcriterio refleja directamente el texto del Concepto Fundamental



El subcriterio contiene una adaptación del texto del Concepto Fundamental

Anexo V. Modelo EFQM de excelencia: matriz REDER de Agentes Facilitadores

Enfoque	0%				25%					50%					75%					100%			
Sólidamente fundamentado: <ul style="list-style-type: none"> - Tiene una lógica clara. - Tiene definidos los procesos. - Se centra en necesidades de los grupos de interés. - Se ha perfeccionado con el tiempo. 	Sin evidencia o anecdótica				Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total			
Integrado: <ul style="list-style-type: none"> - Apoya la Estrategia. - Está vinculado a otros enfoques, cuando procede. 	Sin evidencia o anecdótica				Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total			
Total para Enfoque		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Despliegue	0%				25%					50%					75%					100%			
Implantado: <ul style="list-style-type: none"> - El enfoque está implantado en las áreas relevantes. 	Sin evidencia o anecdótica				Implantado en ¼ de las áreas relevantes					Implantado en ½ de las áreas relevantes					Implantado en ¾ de las áreas relevantes					Implantado en todas las áreas relevantes			
Sistemático: <ul style="list-style-type: none"> - El enfoque está implantado de manera estructurada y oportuna y es capaz de gestionar cambios en su entorno si es necesario. 	Sin evidencia o anecdótica				Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total			
Total para Despliegue		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Evaluación y Revisión	0%				25%					50%					75%					100%			
Medición: <ul style="list-style-type: none"> - Se mide periódicamente la eficiencia y eficacia del enfoque y su despliegue. - Las medidas seleccionadas son apropiadas. 	Sin evidencia o anecdótica				Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total			
Aprendizaje y Creatividad: <ul style="list-style-type: none"> - El Aprendizaje se utiliza para identificar buenas prácticas internas y externas, así como oportunidades de mejora. - La Creatividad genera enfoques nuevos o los modifica. 	Sin evidencia o anecdótica				Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total			
Mejora e Innovación: <ul style="list-style-type: none"> - Las mediciones y el aprendizaje se utilizan para identificar, establecer prioridades, planificar e implantar mejoras. - El resultado de la creatividad se evalúa, prioriza y utiliza. 	Sin evidencia o anecdótica				Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total			
Total para Evaluación y Revisión		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Valoración Total		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Anexo VI. Modelo EFQM de excelencia: matriz REDER de Resultados

Relevancia y Utilidad	0%				25%					50%					75%					100%			
Ámbito y Relevancia: <ul style="list-style-type: none">- El ámbito de aplicación de los resultados:- Aborda necesidades/expectativas grupos de interés relevantes.- Es coherente con la estrategia y sus políticas de apoyo.- Los Resultados Clave están identificados y priorizados.- Las relaciones entre los resultados relevantes se entienden.	Relevancia no establecida o información anecdótica.				1/4 de las áreas implicadas (aprox.) tienen resultados y son relevantes.					1/2 de las áreas implicadas (aprox.) tienen resultados y son relevantes.					3/4 de las áreas implicadas (aprox.) tienen resultados y son relevantes.					Todas las áreas implicadas tienen resultados y son relevantes.			
Integridad: <ul style="list-style-type: none">- Los resultados son oportunos, fiables y precisos.	Ninguna evidencia o información anecdótica.				1/4 de resultados son oportunos, fiables y precisos.					1/2 de los resultados son oportunos, fiables y precisos.					3/4 de los resultados son oportunos, fiables y precisos.					Todos los resultados son oportunos, fiables y precisos.			
Segmentación: <ul style="list-style-type: none">- Los resultados se han segmentado de forma adecuada.	Sin segmentación.				Segmentación útil en 1/4 de los resultados.					Segmentación útil en 1/2 de los resultados.					Segmentación útil en 3/4 de los resultados.					Segmentación útil en todos los resultados.			
Total para Relevancia y Utilidad (total no debe exceder puntuación de ámbito y relevancia)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Rendimiento	0%				25%					50%					75%					100%			
Tendencias: <ul style="list-style-type: none">- Las tendencias son positivas Y/O el rendimiento es bueno y sostenido.	Sin resultados o información anecdótica.				1/4 de resultados con tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido en al menos 3 años.					1/2 de resultados con tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido en al menos 3 años.					3/4 de resultados con tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido en al menos 3 años.					Todos los resultados con tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido en al menos 3 años.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Se han establecido para los Resultados Clave.- Son adecuados.- Se alcanzan.	Sin objetivos o información anecdótica.				Establecidos, adecuados y alcanzados en 1/4 de Resultados Clave.					Establecidos, adecuados y alcanzados en ½ de Resultados Clave.					Establecidos, adecuados y alcanzados en 3/4 de Resultados Clave.					Establecidos, adecuados y alcanzados en todos los Result. Clave.			
Comparaciones: <ul style="list-style-type: none">- Se comparan los Resultados Clave.- Son adecuadas.- Son favorables.	Sin comparaciones o información anecdótica.				1/4 de Result. Clave con comparaciones favorables y adecuadas.					1/2 de Result. Clave con comparaciones favorables y adecuadas.					3/4 de Result. Clave con comparaciones favorables y adecuadas.					Todos los Result. Clave con comparaciones favorables y adecuadas.			
Causas: <ul style="list-style-type: none">- Se comprende la relación entre los Resultados alcanzados y sus Agentes Facilitadores.- Según las evidencias presentadas hay confianza en que el rendimiento siga siendo positivo en el futuro.	Las causas no generan confianza o información anecdótica.				La relación con los Agentes es visible en 1/4 de los resultados con alguna evidencia de que el rendimiento seguirá siendo positivo.					La relación con los Agentes es visible en 1/2 de los resultados con evidencia de que el rendimiento seguirá siendo positivo.					La relación con los Agentes es visible en 3/4 de los resultados con evidencia clara de que el rendimiento seguirá siendo positivo.					La relación con los Agentes es visible en todos los resultados con evidencia total de que el rendimiento seguirá siendo positivo.			
Total para Rendimiento		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Valoración Total		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [acceso 24 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-318b242750>
3. Varela J, Castells X, Riu M. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. Gaceta sanitaria. 2000;14(3):203-9.
4. Errasti F. Principios de gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
5. OECD Health Statistics [sede Web]. Francia: OECD; 2012 [acceso 19 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.oecd.org/statistics/>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2012: Principales resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014
7. PwC. Diez temas candentes de la sanidad española para 2012 [monografía en Internet]. Madrid: PwC; 2012 [acceso 19 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.pwc.es/es_ES/es/publicaciones/sector-publico/assets/diez-temas-candentes-sanidad-2012.pdf
8. Cortes M. Configuración del hospital como proveedor de servicios. Gestión Hospitalaria. 1993;2:33-35.
9. Decreto 51/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria, y de hospital y médico en atención especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 189, de 9 de agosto de 2010.
10. Decreto 30/2013, de 11 de abril, del Consejo de Gobierno, de seguimiento y control de la calidad asistencial en el Sistema Madrileño de Salud. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 86, de 12 de abril de 2013.
11. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [sede Web]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad; 2013 [acceso 25 de mayo de 2016]. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <http://www.madrid.org/>

12. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 100, de 26 de abril de 1997.
13. Bohigas L. Las tres empresas hospitalarias. Todo hospital. 1987;34:67-69.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005. La calidad asistencial en la Unión Europea [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2005. [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
15. Donabedian A. The Quality of Care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260:1743-1748.
16. Carrasco A, González E. Manual práctico de acreditación de hospitales. Madrid: Médica europea; 1993.
17. Accreditation Canada. Leadership in the Journey to Quality Health Care [monografía en Internet]. Canadá: Accreditation Canada; 2008. [acceso 22 de junio de 2016]. Disponible en: <https://accreditation.ca/sites/default/files/accreditation-canada-history.pdf>
18. Comunicación de la Comisión Europea, de 20 de abril de 2004. Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del «método abierto de coordinación», no publicada en el Diario Oficial.
19. Comunicación de la Comisión Europea, de 4 de abril de 2014. Sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables. Garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios europeos. COM (2014) de 4 de abril de 2014.
20. Orden por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 172, de 19 de julio de 1972.
21. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, de 29 de abril de 1986.
22. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, de 29 de mayo de 2003.
23. Plan de Calidad 2006 para el Sistema Nacional de Salud [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006. [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
24. Plan de Calidad 2010 para el Sistema Nacional de Salud [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010. [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.

25. Zancajo JL. El proceso de evaluación externa de los hospitales para la acreditación de la formación especializada. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19(4):243-249.
26. Decreto 22/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, nº 84, de 9 de abril de 2008.
27. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Especializada. Servicio de Farmacia Hospitalaria: Actualización del Catálogo de Productos y Facturación. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2009.
28. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Iniciativa 2020: líneas estratégicas y objetivos. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2008.
29. Manasse, Jr HR. ASHP's 2015 initiative: a collective effort to improve pharmacy practice in hospitals and health-systems in the United States. *Farm Hosp*. 2005;29(6):349-350.
30. Charles AS. Clinical Process Cost Analysis. *Ann Thorac Surg*. 1997;64:690-4.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Especializada. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Guía de Gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
32. West TD, Balas EA, West DA. Contrasting RCC, RVU and ABC for Managed Care Decisions. A case study compares three widely used costing methods and finds one superior. *Healthc Financ Manage*. 1996;50(8):54-61.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Especializada y Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia Hospitalaria: Catálogo de Productos y Facturación. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
34. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84
35. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
36. Ministerio de Sanidad y consumo. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "no seguridad del paciente" en administración de medicamentos [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 6 de julio de 2016]. Disponible en:

- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
37. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices). Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales (adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
 38. Institute for Safe Medication Practices. Guidance on the interdisciplinary safe use of automated dispensing cabinets. USA: ISMP; 2008.
 39. Institute for Safe Medication Practices. ISMP Medication Safety Self Assessment for Automated Dispensing Cabinets. USA: ISMP; 2009.
 40. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices). Recomendaciones para el uso seguro de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos. Madrid: ISMP-España; 2011.
 41. Rodríguez González, CG. Modelo de Excelencia en la Atención Farmacéutica especializada al paciente crónico en el ámbito hospitalario [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
 42. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [sede Web]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad; 2016 [acceso 5 de julio de 2016]. Contratos de Gestión en los centros del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354582406261&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal
 43. Junta de Gobierno de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Plan estratégico 2015-2019 [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2015 [acceso 25 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sefh.es/plan-estrategico-sefh-2015-2019.php>
 44. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [acceso 5 de marzo de 2016]. Grupos de trabajo de la SEFH. Disponible en: <http://www.sefh.es/grupos-de-trabajo-entrada.php>
 45. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Especializada. Guía para la evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1998.
 46. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Sociedad Española de Calidad Asistencial, Sociedad Española de Directivos de la Salud. Estrategias y herramientas en la implementación de sistemas de calidad en un servicio de Farmacia Hospitalaria

- [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2014 [acceso 07 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.gestioncalidadfh.com/>
47. Fortuny i Organs B. La gestión de la excelencia en los centros sanitarios. Madrid: Pfizer; 2009.
 48. Deming E. Calidad, productividad y competitividad. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1989.
 49. Grima P, Tort-Martorell J. Técnicas para la gestión de la calidad. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
 50. Asociación Española de Normalización y Certificación. Norma UNE-EN ISO 9000:2005. Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Madrid: AENOR; 2005.
 51. Suárez Gonzalez MI. La gestión por procesos en las organizaciones. Propuesta de un método de diseño. Madrid: Ed. Geopolis, estrategia y dirección estratégica; 2010.
 52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Formación y tutorial en línea: Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/formacion/tutoriales/gestion-riesgos-mejora-seguridad-paciente/>
 53. García Mata JR, Barrasa Villar JL. Sistemas de calidad y mejora continua: sistemas de gestión de calidad. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009.
 54. Asociación Española de Normalización y Certificación. Norma UNE 66175:2003. Sistemas de gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. Madrid: AENOR; 2003.
 55. Asociación Española de Normalización y Certificación. Norma UNE-EN ISO 9001:2008. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Madrid: AENOR; 2008.
 56. Asociación Española de Normalización y Certificación. Norma UNE-EN ISO 9004:2009. Gestión para el éxito sostenido de una organización. Enfoque de gestión de la calidad. Madrid: AENOR; 2009.
 57. Asociación Española de Normalización y Certificación. Norma UNE-EN 15224:2012. Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos basados en la Norma EN ISO 9001:2008. Madrid: AENOR; 2012.
 58. Asociación Española de Normalización y Certificación. Norma UNE-EN ISO 9001:2015. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. Madrid: AENOR; 2015.
 59. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Comission International. USA: Joint Comission Resources; 2014.

60. Club Excelencia en Gestión. Modelo EFQM de excelencia. Madrid: Ed. EFQM Publications; 2010.
61. Club Excelencia en Gestión [sede Web]. Madrid: Club Excelencia en Gestión; 2016 [acceso 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.clubexcelencia.org/>
62. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacios F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management. Madrid: MSD; 2001.
63. Brull Alabart E. El modelo EFQM de excelencia. Cuadernos de Gestión. Diputación de Tarragona. Tarragona; 2011.
64. Martínez JM. Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2002.
65. Club Gestión de Calidad. Guía Práctica para la Autoevaluación. Madrid: EFQM; 1999.
66. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Norma de Calidad de la Farmacia Hospitalaria: Norma de Gestión integrada de Calidad, Medio ambiente, prevención de riesgos laborales y responsabilidad social para un Servicio de Farmacia Hospitalaria. Madrid; 2008.
67. Boletín de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El Consejo crea la norma de calidad exclusiva para farmacia de hospital [revista en Internet]. 2009 enero. [acceso 1 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.sefh.es/sefhboletin/vernoticiaboletin.php?id=4167>.
68. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Proyecto Cuadro de Mandos Jerarquizado para Servicios de Farmacia Hospitalaria [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2009 [acceso 9 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/GDPCM/Cuadro_Mandos_Jerarquizado_Servicios_Farmacia_SEFH.pdf
69. Junta de Gobierno de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Plan estratégico 2008-2011 [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2009 [acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: www.sefh.es
70. FBA Consulting. Benchfar: benchmarking de Indicadores de Calidad de Farmacias Hospitalarias [sede Web] Madrid: FBA Consulting; 2012 [acceso 12 de julio de 2016]. Disponible en: <http://benchfar.com/>
71. Farmacia Hospitalaria. Ya participan 50 farmacias hospitalarias del proyecto Benchfar. Farmacia Hospitalaria [revista en Internet] 2012 abril, nº25 [acceso 12 de julio de 2016]. Disponible en: <http://farmaciahospitalaria.publicacionmedica.com/noticia/ya-participan-50-farmacias-hospitalarias-del-proyecto-benchfar>

72. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Informe 2015 sobre la situación de los Servicios de Farmacia Hospitalaria en España: infraestructuras, recursos y actividad. 2015. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2016.
73. Comunidad de Madrid. Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2002.
74. Martínez C, Barrueco N, Giménez A. Implementation of a quality plan (ISO 9001) in a hospital pharmacy service. *Eur J Hosp Pharm*. 2005;11(5):25-28.
75. González-Haba Peña E, Pernía López MS, Caro González L, Sánchez Fresneda MN, Sanjurjo Sáez M. Sistema de Gestión Medioambiental según la norma UNE-EN ISO 14001:2004. Contribución a la sostenibilidad de un Servicio de Farmacia. En: Libro de Ponencias: 54 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Zaragoza: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2009.
76. Pernía López MS, González-Haba Peña E, Caro González L, Sánchez Fresneda MN, Herrero Migueláñez S, Sanjurjo Sáez M. Implantación de un Sistema de Gestión Medioambiental en el Servicio de Farmacia según la Norma USE-EN ISO 14001:2004: identificación de aspectos ambientales significativos. En: Libro de Ponencias: 54 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Zaragoza: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2009.
77. Club Excelencia en Gestión. Perfil Interactivo versión 4.0. Cuestionario de Autoevaluación. Madrid; 2003.
78. Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. *Boletín Oficial del Estado*, nº 126, de 24 de mayo de 2010.
79. Real Decreto Ley 9 /2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. *Boletín Oficial del Estado*, nº 200, de 20 de agosto de 2011.
80. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Relación de Medicamentos afectados por las deducciones en la facturación sobre el PVP del 15%, 7,5% y del 4% para medicamentos huérfanos; 2011 [acceso 3 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/notasInfor.htm>
81. Fundación Española para la ciencia y tecnología. Plataforma Web of Science. Base de datos mundial de referencias bibliográficas y citas de publicaciones periódicas [base de datos en Internet]. Madrid: Ministerio de Economía, Industria y competitividad [acceso 7 de octubre de 2016]. Disponible en <https://www.accesowok.fecyt.es>

82. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Formación Sanitaria Especializada; 2016 [acceso 18 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://sis.msssi.es/fse/PaginasDinamicas/General/PagGeneral.aspx?MenuId=QE-00&SubMenuId=QE-02&cDocum=1>
83. Ministerio de Administraciones Públicas. Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Modelo EFQM de excelencia [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas; 2006 [acceso 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.sefp.minhfp.gob.es/dms/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Monografias/parrafo/0111111111119/text_es_files/Guia-EFQM-corta-04-06.pdf
84. Van der Wiele A, Williams A, Dale B, Carter G. Quality Management self-assessment: an examination in European Business. *Journal of General Management*. 1995;22(1):48-67.
85. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in Health care. *N Engl J Med*. 1989; 320:53-53.
86. Sánchez E, Letona J, González R, García M, Darpón J, Garay JL. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18(1): 58-65.
87. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de la EFQM. *Rev Calidad asistencial*. 2001;16:330-338.
88. Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E, Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. *Rev Calidad asistencial*. 2001;16:322-329.
89. Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga y modelo europeo de excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:142-150.
90. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE. De la gestión de la calidad hacia la excelencia en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:117-183.
91. Garrido J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en hospitales de la comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial*. 1998;13:144-151.
92. Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el modelo Europeo de gestión de calidad total. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:151-154.

93. Ardevol M, Canals M, Gómez A, Llor C. El modelo EFQM como instrumento de difusión de la cultura de la calidad total en el ámbito sanitario de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:161-163.
94. Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, et al. El modelo Europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalario; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15(3),164-171.
95. Geraedts HP, Montenarie R, Van Rijk PP. The benefits of total quality management. *Comput Med Imaging Graph*. 2001;25(2):217-20.
96. Stewart A, An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2003;16(2-3):65-76.
97. Arcelay A. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;115:184-191.
98. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la Calidad Total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*. 1998;13:92-97.
99. Rodríguez-Balo A, Ferrándiz-Santos J, Integración del modelo EFQM y el despliegue Hoshin Kanri en un área de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19(1):45-52.
100. Vallejo P, Ruiz-Sancho A, Domínguez M, Ayuso MJ, Méndez L, Romo J, et al. Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(2):74–9.
101. Ignacio García E. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales [tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2007.
102. Carrasco G. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:649-650.
103. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Guía de gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1997
104. Arango López C, Vallejo Gutiérrez P. Aplicación del modelo EFQM en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón. *Avances en Salud Mental Relacional*. 2005;4(3):1579-3516.
105. Moeller, J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(1):45-9.

106. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, et al. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999;12(2-3):54-8.
107. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de excelencia de la EFQM. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:330-338.
108. Poveda Andres JL, García Gómez C, Valladolid Wash A, Garriques Sebastiá M, Rubio Fernández M. Análisis de la evolución de un Servicio de Farmacia a través del sistema de unidades relativas de valor. *Farm Hosp.* 2004;28(5):321-6.
109. Negro E, Morell A. Cálculo de costes de un Servicio de Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp.* 2002;26(1):5-12.
110. Poveda Andrés JL. Aplicación de un modelo de contabilidad analítica en un Servicio de Farmacia. *Farm Hosp.* 1998;22(2):75-80.
111. Mezrich R, Nagy PG. The academic RVU: a system for measuring academic productivity. *J Am Coll Radiol.* 2007;4(7):471-8.
112. Codina C, Gorgas MQ, Bermejo T, de la Rubia A, Martin I, Herranz A, et al. Grupo evaluación nuevas tecnologías SEFH. Cálculo y comparación de las URV entre 6 servicios de farmacia de hospital. En: Libro de Ponencias: 55 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2010.
113. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
114. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA.* 1995;274:35-43.
115. Caro-González L, Herranz-Alonso A, Pernia S, Mur-Mur A, Sánchez-Fresneda MN, Sarobe-González C, et al. Facturación interna de los productos finales elaborados por el Servicio de Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp.* 2002;26(5):266-274.
116. Áreas del Águila VL. Contabilidad analítica: aplicación a un servicio de farmacia. *Farm Hosp.* 2001;25(1):25-30.
117. Sanjurjo M. Las URV y la evaluación de las nuevas tecnologías. *Farm Hosp.* 2004;28(5):384-386.
118. White GM, Bennett T. Using relative value units (RVUs) to develop your pricing schedule. *Mo Med.* 1996; 93(6):286-90.

119. White GM. Analyzing practice cost utilizing Relative Value Units (RVUs). *Mo Med*. 1996;93(4):166-9.
120. Martí Gil C, Ramírez Alapont I, Llombart Solí A, Magraner Gil J. Evaluación de la calidad de la atención farmacéutica percibida por el paciente externo. En: Libro de Ponencias: 53 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Valencia: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2008.
121. Sánchez Gundín J, Martí Gil C, Recuero Galve L, Mejía Recuero M, Gómez Santillana M, Barreda Hernández D. Satisfacción percibida del Servicio de Farmacia: medición, análisis y mejora. *Rev O.F.I.L.* 2015;25(3):137-144.
122. Izquierdo-García E, Fernández-Ferreiro A, Campo-Angora M, Ferrari-Piquero JM, Herreros de Tejada A. Satisfacción percibida por los pacientes y por el personal auxiliar de farmacia del área de atención a pacientes externos como método de mejora de la calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;26(3):161-7.
123. Montero A, Feal B, Calvin M, Margusino L, Hurtado JL, Vázquez I, et al. Calidad percibida por los pacientes externos en la consulta de atención farmacéutica del servicio de farmacia. *Farm Hosp* 2006;30:105-111.
124. Márquez-Peiró JF, Pérez-Peiró C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farm Hosp*. 2008;32(2):71-6.
125. Idoipe A, Abad R, Vicente C, Agustín MJ, Carcelén J, Sánchez R. ¿Están satisfechos los clientes internos con el Servicio de Farmacia? En: Libro de Ponencias: 54 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Zaragoza: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2009
126. Toro Chico P, Pérez Encinas M. Valoración de la calidad percibida de los clientes internos del Servicio de Farmacia. En: Libro de Ponencias: 55 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2010.
127. Giménez-Manzorro A, Vigil D, Durán-García ME, Fernández-Llamazares CM, Lobato-Matilla B, Caro-González L, et al. Encuestas de satisfacción al personal facultativo y de enfermería como método de mejora de la calidad de los procesos del servicio de farmacia. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(1):3-6.
128. Cuba-Venereo MM, Sedeño Argilagos C, Pérez-Villavicencio LR, Sánchez Barrios A, Toledo-Jiménez E, Pérez Romero M. Diseño y evaluación de un sistema de acreditación para los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios en Cuba. *Revista Cubana de Farmacia*. 2011;45(3):389-404.

129. Céspedes-Quirós Y, Cortés-Ángel R, Madrigal-Meneses M. Validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del Sistema Público de Salud de Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*. 2011;20:75-82
130. Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2006 [acceso 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/recas/>